



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 10371 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 CAWI

## 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	15
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	29
N - CUIDADOS PREVENTIVOS	30
O - SAÚDE REPRODUTIVA	33
P - NECESSIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE NÃO SATISFEITAS	35
EHDM - DETERMINANTES DA SAÚDE	36
Q - PESO E ALTURA	36
R - ATIVIDADE / EXERCÍCIO FÍSICO	37
S - CONSUMO DE ALIMENTOS	38
T - CONSUMO DE TABACO	41
U - CONSUMO DE ÁLCOOL	43
V - SATISFAÇÃO COM A VIDA	44
W - SUPORTE SOCIAL	45
X - CUIDADOS E ASSISTÊNCIA INFORMAL	46
Y - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO	46
RD - RENDIMENTOS E DESPESAS	48
Z - RENDIMENTO E DESPESAS DO AGREGADO FAMILIAR	48
ANEXOS (cartões com equivalências)	51

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

N\_INDIVDUO 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 |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| → [CONF\_IND]

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\_INDIVDUOS]=1 And [N\_IND\_ELEGS]=1 → [DADOS INDIVIDUAIS]

[N\_INDIVDUOS]&gt;1 And [N\_IND\_ELEGS]=1 → Filtro R6

[N\_INDIVDUOS]&gt;1 And [N\_IND\_ELEGS]&gt;1 And ([N\_IND\_SELEC]=[N\_RESPONDENTE]) → Filtro R6

[N\_IND\_ELEGS]&gt;1 And ([N\_IND\_SELEC]&lt;&gt;[N\_RESPONDENTE]) → Filtro R3

## PESSOA SELECIONADA - [NOME\_IND]

## Filtro R3

SE [IDADE\_INDIV(N\_IND\_SELEC)] &lt; 18 → [CONF\_MENOR]

Else → [DISP\_W]

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:

Eu, \_\_\_\_\_, com o cartão de cidadão/passaporte nº \_\_\_\_\_, representante legal do(a) ([NOME\_IND][N\_IND\_SELEC])

- 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\_W]2 ☐ → [ACAO\_MENOR]

ACAO\_MENOR

RA6.2B. Não sendo a resposta via web autorizada, escolha uma das seguintes opções:

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 2 | Prefiro que responda na morada com o apoio de um entrevistador | 2 | → Fim (ecrã de submissão do formulário) com mensagem "Será contactada/o oportunamente para resposta ao questionário" |
| 3 | Recuso a sua participação.                                     | 3 | → [MOTIVO_MENOR]   |

MOTIVO\_MENOR

Qual o motivo para recusar a participação de ([NOME\_IND][N\_IND\_SELEC])

→ Mensagem FIM

DISP\_W

RA4 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. Para continuar escolha uma das seguintes opções:

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| 1 | A/O ([NOME_IND][N_IND_SELEC]) está disponível para responder   | 1 | <input type="checkbox"/> → Filtro R4  |
| 2 | A/O ([NOME_IND][N_IND_SELEC]) não está disponível no momento   | 2 | <input type="checkbox"/> → pausa e volta a entrar em RA4  |
| 3 | A/O ([NOME_IND][N_IND_SELEC]) não tem capacidade para responder pela internet mas vai ser apoiada/o no preenchimento | 3 | <input type="checkbox"/> → Filtro R4  |
| 4 | A/O ([NOME_IND][N_IND_SELEC]) prefere ser contactada/o por um entrevistador  | 4 | <input type="checkbox"/> → Fim (ecrã de submissão do formulário) com mensagem "Será contactada/o oportunamente para resposta ao questionário" |

**Filtro R4**

Se ([N\_IND\_SELEC]<>[N\_RESPONDENTE]) → [DT\_NASC\_CONF]

Se ([N\_IND\_SELEC]=[N\_RESPONDENTE]) → Filtro R6

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 | 1 | <input type="checkbox"/> → Filtro R5      |
| 2 | Não | 2 | <input type="checkbox"/> → [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 → Filtro R6

**Filtro R6**

SE [N\_INDIVDUOS]> 1 And [N\_IND\_ELEG] = 1 → imputa DESP\_PART = 1 → CICLO DOS INDIVÍDUOS DO AGREGADO  
SE [N\_INDIVDUOS] > 1 And [IDADE\_INDIV(IND\_SELEC)] ≥ 15 And [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 | 1 | <input type="checkbox"/> → CICLO DOS INDIVÍDUOS DO AGREGADO |
| 2 | Não | 2 | <input type="checkbox"/> → [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

Grupo

DISPLAY\_NOME\_IND

\_\_\_\_\_

[NOME\_IND]

\_\_\_\_\_

1 |\_\_|

\_\_\_\_\_

[NOME\_IND]

\_\_\_\_\_

1 |\_\_|

N\_AGREGADO

\_\_\_\_\_

[NOME\_IND]

\_\_\_\_\_

1 |\_\_|

\_\_\_\_\_

[NOME\_IND]

\_\_\_\_\_

1 |\_\_|

NAO\_GRUPO1

Não partilho com ninguém

\_\_ |\_\_|

→ CICLO DOS INDIVÍDUOS DO AGREGADO

N\_IND\_AGR\_SELECT1

RA7.VA1

N.º indivíduos do agregado

|\_\_|

(aplicação calcula número de indivíduos)

FIM DA IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS RESIDENTES

## 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 madrastra?

- 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 madrastra?

|\_|\_| → 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]?

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

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

A0100 Marstalegal	<b>A1. Qual é o seu estado civil?</b> Informação que consta no registo civil
	1 Solteiro <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> 2 Casado <span style="float: right;">2 <input type="checkbox"/></span> 3 Viúvo <span style="float: right;">3 <input type="checkbox"/></span> 4 Divorciado <span style="float: right;">4 <input type="checkbox"/></span> 8 Prefere não responder <span style="float: right;">8 <input type="checkbox"/></span>
A0200 Citizen	<b>A2. Tem nacionalidade portuguesa?</b> Se tiver pendente um processo para obtenção de nacionalidade indique a que detém atualmente.
	1 Sim <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/> → A3</span> 2 Não <span style="float: right;">2 <input type="checkbox"/> → A2.1</span> 8 Prefere não responder <span style="float: right;">8 <input type="checkbox"/> → A3</span>
A0210 Citizen	<b>A2.1. Qual é o país da sua nacionalidade?</b> 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 <span style="float: right;">7 <input type="checkbox"/></span> 8 Prefere não responder <span style="float: right;">8 <input type="checkbox"/></span> 9 Não sabe <span style="float: right;">9 <input type="checkbox"/></span>
A0300 Birthplace	<b>A3. Nasceu em Portugal?</b> Considere as fronteiras atuais. Se nasceu no estrangeiro, em circunstâncias/local inesperado, considere o país de residência da sua mãe no momento do nascimento.
	1 Sim <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/> → A4</span> 2 Não <span style="float: right;">2 <input type="checkbox"/> → A3.1</span> 8 Prefere não responder <span style="float: right;">8 <input type="checkbox"/> → A4</span>
A0310 Birthplace	<b>A3.1. Em que país nasceu?</b> Considere as fronteiras atuais. Se nasceu no estrangeiro, em circunstâncias/local inesperado, considere 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 <span style="float: right;">8 <input type="checkbox"/> → A8</span>
A0400 IN1	<b>A4. Já residiu fora de Portugal por um período contínuo de pelo menos um ano? Exclua as missões militares ou diplomáticas.</b> Se residiu em Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe ou em Timor antes de 1974 responda "Sim".
	1 Sim <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> 2 Não <span style="float: right;">2 <input type="checkbox"/></span> 8 Prefere não responder <span style="float: right;">8 <input type="checkbox"/> } A8</span>
A0500 IN2	<b>A5. Quantos anos residiu fora de Portugal?</b> 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 <span style="float: right;">998 <input type="checkbox"/></span> 999 Não sabe <span style="float: right;">999 <input type="checkbox"/></span>

<b>A0600</b>	<b>A6. Há quantos anos regressou?</b>		
IN3	Se residiu fora mais do que uma vez, considere a última vez que regressou a Portugal.		
	1 Há menos de um ano 2 Há um ano ou mais 8 Prefere não responder 9 Não sabe		1 <input type="checkbox"/> → A8 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> } A8 9 <input type="checkbox"/>
<b>A0610</b>	<b>A6.1. Registe o número de anos</b>		
	Pode responder selecionando e preenchendo uma das seguintes opções:		
	<b>N.º de anos</b>	_ _ _	→ A8
<b>A0610_A</b>	<b>A6.1.A. Que idade tinha quando regressou?</b>	<b>Idade</b>	_ _ _  → A6.1.VA
	998 Prefere não responder	998 <input type="checkbox"/>	→ A8
	999 Não sabe	999 <input type="checkbox"/>	→ A8
<b>A0610_VA</b>	<b>A6.1.VA.</b> [aplicação calcula o número de anos desde o regresso a Portugal]	_ _ _	→ A8
<b>A0700</b>	<b>A7. Há quantos anos reside em Portugal?</b>		
IN4	Se residiu fora mais do que uma vez, considere a última vez que regressou a Portugal.		
	1 Há menos de um ano 2 Há um ano ou mais 8 Prefere não responder		1 <input type="checkbox"/> → A8 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> → A8
<b>A0710</b>	<b>A7.1. Nº de anos que reside em Portugal</b>		
	Pode responder selecionando e preenchendo uma das seguintes opções:		
	<b>N.º de anos</b>	_ _ _	
<b>A0720</b>	<b>A7.2. Ano em que regressou a Portugal</b>	<b>Ano</b>	_ _ _ _  → A7.2.VA
<b>A0720_A</b>	<b>A7.2.A. Com que idade chegou a Portugal?</b>	<b>Idade</b>	_ _ _  → A7.2.VA
	998 Prefere não responder	998 <input type="checkbox"/>	→ A8
	999 Não sabe	999 <input type="checkbox"/>	→ A8
<b>A0720_VA</b>	<b>A7.2.VA.</b> [aplicação calcula o número de anos de residência em Portugal]	_ _ _	→ A8
<b>A1900</b>	<b>A8. O seu pai nasceu em Portugal?</b>		
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 2 Não 8 Prefere não responder 9 Não sabe		1 <input type="checkbox"/> → A9 2 <input type="checkbox"/> → A8.1 8 <input type="checkbox"/> → A9 9 <input type="checkbox"/> → A9
<b>A1910</b>	<b>A8.1. Em que país nasceu (o pai)?</b>		
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.		
	8 Prefere não responder	(ISO alpha 2)  _ _ _	8 <input type="checkbox"/>
<b>A2000</b>	<b>A9. A sua mãe nasceu em Portugal?</b>		
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 2 Não 8 Prefere não responder 9 Não sabe		1 <input type="checkbox"/> → A10 2 <input type="checkbox"/> → A9.1 8 <input type="checkbox"/> → A10 9 <input type="checkbox"/> → A10

**A9.1. Em que país nasceu (a mãe)?**

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 ☐

**A10. Atualmente, em termos de trabalho, em qual das situações se encontra?**

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

1 Tem um emprego ou trabalho

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 ☐

**A16.1**

**A11. No seu emprego ou negócio principal:**

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

1 Trabalha por conta de outrem

1 ☐ → **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**

**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 ☐

**A12. Atualmente, qual é a sua profissão principal?**

Indique a sua profissão da forma mais completa possível ou descreva as principais tarefas que executa.

Se tiver mais do que uma profissão, responda em relação àquela que atualmente lhe ocupa mais tempo (maior número de horas).

\_\_\_\_\_  
*Descritivo profissão*

8 Prefere não responder

8 ☐

**A12.VA1. CPP - 10 (2 dígitos)**

|\_\_|\_\_|  
CPP - 10 (2 dígitos)

**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.

#### Descritivo atividade

A1110 Locnace A13.VA1. CAE - rev.3. (2 dígitos) 8 ☐ ☐ ☐ ☐ CAE rev.3 (2 dígitos)

A1200 FT\_PT A14. Trabalha a tempo inteiro?

- 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 8 Prefere não responder ☐ } Filtro A1

#### FILTRO A1

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

A1300 Jobstat A15. É um contrato:

- 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 ☐

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

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, assinale 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 ☐ } Filtro A3  
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 ☐ → A16.2  
9 Ensino superior – mestrado ☐ } Filtro A3  
10 Ensino superior – doutoramento ☐  
12 Sem correspondência (anos/ níveis antigos) ☐ → A16.1.A  
98 Prefere não responder ☐ → Filtro A3

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

- 1 4ª classe ☐  
2 Diploma da 3ª classe ☐  
3 1º ciclo do ensino recorrente ☐  
4 1º ciclo liceal ☐  
5 Ciclo preparatório do ensino técnico-profissional ☐  
6 Ciclo preparatório ☐  
7 Telescola ☐  
8 Ciclo complementar do ensino básico (5ª e 6ª classes) ☐ } Filtro A3  
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	15 <input type="checkbox"/>	}	<b>Filtro A3</b>
16 Curso geral (comércio, indústria, agrícola, etc.)	16 <input type="checkbox"/>		
17 Cursos de mestrança	17 <input type="checkbox"/>		
18 Cursos de especialização	18 <input type="checkbox"/>		
19 5º ano experimental do ensino preparatório	17 <input type="checkbox"/>		
20 Curso geral unificado (7º, 8º e 9º anos)	20 <input type="checkbox"/>		
21 3º ciclo do ensino recorrente	21 <input type="checkbox"/>		
22 6º ano das escolas técnicas	22 <input type="checkbox"/>		
23 3º ciclo liceal (7º ano dos liceus)	23 <input type="checkbox"/>		
24 7º ano dos seminários	24 <input type="checkbox"/>		
25 Curso complementar liceal diurno	25 <input type="checkbox"/>		
26 Curso complementar liceal noturno	26 <input type="checkbox"/>		
27 Cursos complementares técnicos	27 <input type="checkbox"/>		
28 Propedêutico	28 <input type="checkbox"/>		
29 12º ano - via ensino	29 <input type="checkbox"/>		
30 12º ano - via profissionalizante	30 <input type="checkbox"/>		
31 Ensino secundário recorrente	31 <input type="checkbox"/>		
32 1º, 2º e 3º anos do ensino filosófico	32 <input type="checkbox"/>		
33 Magistério primário	33 <input type="checkbox"/>		
34 Curso de educadores de infância profissionalizados pelas ex-escolas de educadores de infância	34 <input type="checkbox"/>		
35 Curso de regente agrícola	35 <input type="checkbox"/>		
36 Curso de eletrotecnia e máquinas dos Institutos Industriais	36 <input type="checkbox"/>		
37 Curso de eletrotecnia e máquinas do Instituto Técnico Militar	37 <input type="checkbox"/>		
38 Curso de construções civis e minas dos Institutos Industriais	38 <input type="checkbox"/>		
39 Curso de química laboratorial e industrial dos Institutos Industriais	39 <input type="checkbox"/>		
40 Curso de contabilista dos Institutos Comerciais	40 <input type="checkbox"/>		
41 Curso de contabilista dos Instituto Técnico Militar	41 <input type="checkbox"/>		
42 Curso de perito aduaneiro dos Institutos Comerciais	42 <input type="checkbox"/>		
43 Curso de correspondente em línguas estrangeiras dos Institutos Comerciais	43 <input type="checkbox"/>		
44 Curso de enfermagem complementar	44 <input type="checkbox"/>		
45 Cursos de especialização em enfermagem	45 <input type="checkbox"/>		
46 Curso de pedagogia e de administração para enfermeiros especialistas	46 <input type="checkbox"/>		
47 Curso de enfermagem geral	47 <input type="checkbox"/>		

A1420  
Hatlevel

#### A16.2. Em que ano terminou a licenciatura?

Se terminou mais do que uma licenciatura, considere a primeira.

Pode responder selecionando e preenchendo uma das seguintes opções:

|\_|\_|\_| → **Filtro A2**

A1420\_A

#### 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  
Hatlevel

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

1 Sim, era pós-Bolonha

1 ☐ } **Filtro A3**

2 Não, era pré-Bolonha

2 ☐ } **Filtro A3**

3 Não sabe

3 ☐ → **A16.4**

8 Prefere não responder

8 ☐ → **Filtro A3**

A1440  
Hatlevel

#### A16.4. A licenciatura que completou era:

1 De 3 anos

1 ☐ } **Filtro A3**

2 Mais de 3 anos

2 ☐ } **Filtro A3**

8 Prefere não responder

8 ☐ } **Filtro A3**

**FILTRO A3**

SE [Região = Continente] → 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**  
**IN5** **ADSE ou SAMS? Não considere seguros de saúde.**
- 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
<b>A1612</b>	<b>A18.2.1. Medicamentos?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>A1613</b>	<b>A18.2.2. Consultas (exceto estomatologia e medicina dentária)?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>A1614</b>	<b>A18.2.3. Exames e tratamentos em ambulatório?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>A1615</b>	<b>A18.2.4. Internamento hospitalar?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>A1616</b>	<b>A18.2.5. Cirurgias?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>A1617</b>	<b>A18.2.6. Estomatologia e medicina dentária?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>A1618</b>	<b>A18.2.7. Outros riscos?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/> → <b>Filtro A4</b>
	Inclui Próteses e ortóteses; Parto, cesariana e IVG				

**FILTRO A4**

SE sexo = 2 E idade ≤ 55 anos → A19  
ELSE → B1

Como algumas questões deste inquérito estão relacionadas com o facto de estar ou ter estado grávida, responda às perguntas seguintes:

**A1700** **A19. Está grávida?**  
NT1

1 Sim 1 ☐

2 Não 2 ☐

8 Prefere não responder 8 ☐

9 Não sabe 9 ☐

**A1800** **A20. E esteve grávida nos últimos 12 meses?**  
NT2

Se está grávida, não considere a gravidez atual.

1 Sim 1 ☐

Responda "Sim" mesmo que a gravidez não tenha chegado ao seu termo

2 Não 2 ☐

8 Prefere não responder 8 ☐

9 Não sabe 9 ☐

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 ☐

2 Bom 2 ☐

3 Razoável 3 ☐

4 Mau 4 ☐

5 Muito mau 5 ☐

8 Prefere não responder 8 ☐

**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 ☐

2 Não 2 ☐

8 Prefere não responder 8 ☐

**B0300** **B3. Em que medida se sente limitado para realizar atividades consideradas habituais para a generalidade das pessoas, devido a um problema de saúde?**  
HS3A

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

1 Severamente limitado 1 ☐

2 Limitado mas não severamente 2 ☐

3 Nada limitado 3 ☐

8 Prefere não responder 8 ☐

} B4

**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 ☐

2 Não 2 ☐

8 Prefere não responder 8 ☐

### B2 - AUTOAPRECIÇÃO 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 ☐

2 Bom 2 ☐

3 Razoável 3 ☐

4 Mau 4 ☐

5 Muito mau 5 ☐

8 Prefere não responder 8 ☐

C0. Indique se durante os últimos 12 meses, sofreu das seguintes doenças (responda linha-a-linha):

		Sim	Não	Prefere não responder	Não sabe
C0100 CD1a	<b>C1. Asma (incluindo asma alérgica)?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C0200 CD1b	<b>C2. Bronquite crónica, doença pulmonar obstrutiva crónica ou enfisema?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C0300 CD1c	<b>C3. Enfarte do miocárdio (ou ataque cardíaco) ou de consequências crónicas de um enfarte do miocárdio?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C0400 CD1d	<b>C4. Doença coronária ou angina de peito?</b> 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	<b>C5. Tensão arterial alta, isto é, hipertensão arterial?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C0600 CD1f	<b>C6. AVC (acidente vascular cerebral) ou de consequências crónicas de um AVC?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C0700 CD1g	<b>C7. Artrose (ou doença degenerativa das articulações)?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C0800 CD1h	<b>C8. Dores lombares ou outros problemas crónicos nas costas?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C0900 CD1i	<b>C9. Dores cervicais ou outros problemas crónicos no pescoço?</b>	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	<b>C10a. Diabetes, excluindo a diabetes durante a gravidez?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C1100 CD1k	<b>C10b. Diabetes?</b> <b>C11. Alergias, tais como, rinite, febre dos fenos, conjuntivite alérgica, dermatite, alergias alimentares ou outras alergias?</b> Não considere a asma alérgica.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C1200 CD1l	<b>C12. Cirrose hepática?</b> 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	<b>C13. Incontinência urinária ou problemas de controlo da bexiga?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C1400 CD1n	<b>C14. Problemas renais crónicos, incluindo insuficiência renal?</b> 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	<b>C15. Depressão?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C1600 CD1p	<b>C16. Colesterol elevado ou triglicéridos, isto é, níveis elevados de gordura no sangue?</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**D - ACIDENTES E LESÕES**

D0100	<b>D1. Nos últimos 12 meses, teve algum acidente que lhe tenha provocado alguma lesão física? Não considere os acidentes de trabalho.</b> 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	<b>D1.1. Do(s) acidente(s) que teve, algum foi acidente de viação (mesmo como peão)?</b>
---------------	--

- 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  
AC1b

**D1.2. Algum foi acidente doméstico?**

1 Sim

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.

1 ☐

2 Não

Responda "Não" se o acidente ocorreu no decurso de uma atividade profissional exercida em casa.

2 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐

D0130  
AC1c

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

1 Sim

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.

1 ☐

2 Não

Responda "Não" se o acidente ocorreu em casa ou nas imediações.

2 ☐

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  
AC2

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

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

1 Sim

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.

1 ☐ → D3

2 Não

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

2 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐

} Filtro E

D0300  
AC2

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

1 Sim

2 Não

8 Prefere não responder

1 ☐ → D4

2 ☐

8 ☐

} Filtro E

D0400  
AC2

**D4. Ficou internado pelo menos uma noite?**

1 Sim

2 Não

8 Prefere não responder

1 ☐

2 ☐

8 ☐

} Filtro E

**E - AUSÊNCIA LABORAL (POR RAZÕES DE SAÚDE)**

**FILTRO E**

SE A0800 = 1 → E1

SE A0800 ≠ 1 → F1

E0100  
AW1

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

Considere todas as doenças, lesões ou problemas de saúde que tenham motivado a ausência ao trabalho (independentemente da justificação que apresentou no trabalho, caso seja trabalhador por conta de outrem).  
Não considere as ausências devido a consultas de rotina, acompanhamento de uma pessoa doente ou licença parental.

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

1 ☐  
2 ☐  
8 ☐  
9 ☐ } **F1**

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 em diferentes períodos, deve contar o total de dias.  
Pode responder selecionando e preenchendo uma das seguintes opções:

Número de dias completos |\_\_|\_\_|\_\_| → F1

E2\_aux Quantos meses e/ou semanas e dias completos este ausente? |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| → E0200\_Aux  
meses semanas dias  
999 Não sabe 999 ☐ → F1

E0200\_AUX

E2.VA. Cálculo automático em dias

|\_\_|\_\_|\_\_| → F1

**F - LIMITAÇÕES FUNCIONAIS FÍSICAS E SENSORIAIS**

As perguntas seguintes estão relacionadas com a sua saúde física e a realização de várias atividades. Por favor ignore quaisquer problemas temporários.

F0100  
PL1

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

- 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 ☐  
8 ☐ } **F3**

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 ☐  
8 ☐ } **Filtro F1**

F0420

PL4

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

(Se F0300 = 3 → F0420 = 3)

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

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

**FILTRO F1**

SE F0300 = 1 → F5.1a

SE F0300 = 2,8 → F5.1b

F0510

PL5

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

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

Não considere as conversas telefónicas.

(Se F0300 = 3 → F0510 = 1)

- 1 Sim  
 2 Não  
 8 Prefere não responder

- 1 ☐  
 2 ☐ } **F6.1**  
 8 ☐

F0520

PL5

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

(Se F0300 = 3 → F0520 = 3)

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

- 1 ☐  
 2 ☐  
 3 ☐  
 8 ☐  
 9 ☐

F0610

IN8

**F6.1. Tem dificuldade em falar?**

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

IN8

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

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

- 1 ☐  
 2 ☐  
 3 ☐  
 8 ☐  
 9 ☐

F0710

PL6

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

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

- 1 Sim  
 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**

<b>F0720</b> PL6	<b>F7.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?</b>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	
<b>F0810</b> IN9	<b>F8.1. E uma distância de 200 metros, tem dificuldade em caminhar, considerando um terreno plano e sem ajuda?</b> 200 metros corresponde, por exemplo, a 2 vezes o comprimento do relvado de um estádio de futebol. (Se F0710 = 2 → F0810 = 2)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	<b>F9.1</b>
<b>F0820</b> IN9	<b>F8.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?</b>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	
<b>F0910</b> PL7	<b>F9.1. Tem dificuldade em subir ou descer 12 degraus sem ajuda?</b> 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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	<b>F10.1</b>
<b>F0920</b> PL7	<b>F9.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?</b>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	
<b>F1010</b> PL8	<b>F10.1. Tem dificuldades de memória ou concentração?</b>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	<b>F11.1</b>
<b>F1020</b> PL8	<b>F10.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?</b>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	
<b>F1110</b> PL9	<b>F11.1. Tem dificuldades em morder e mastigar alimentos rijos como, por exemplo, uma maçã?</b>	1 <input type="checkbox"/> Responda "Sim" se precisar de ajudas técnicas como prótese dentária 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	<b>Filtro F2</b>

**F1120 F11.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?**

PL9

- 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 ☐
- } **Filtro F2**

**FILTRO F2**

SE Idade ≥ 55 → G1.1; ELSE → I1

**G - CUIDADOS PESSOAIS****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 ☐ → **G1.2**  
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 (exemplos: bengala, andador, prótese ou cadeira de rodas).

- 1 Sim  
2 Não  
8 Prefere não responder

- 1 ☐ → **G2.2**  
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 ☐ → **G3.2**  
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 PC1d	<b>G4.1. Habitualmente tem dificuldade em utilizar a retrete sem ajuda?</b> 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"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 8 <input type="checkbox"/> Prefere não responder	1 <input type="checkbox"/> → G4.2 2 <input type="checkbox"/> } 8 <input type="checkbox"/> } G5.1
G0420 PC1d	<b>G4.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?</b>	1 <input type="checkbox"/> Tem alguma dificuldade 2 <input type="checkbox"/> Tem muita dificuldade 3 <input type="checkbox"/> Não consegue de todo 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"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
G0510 PC1e	<b>G5.1. Habitualmente tem dificuldade em tomar banho ou duche sem ajuda?</b> 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"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 8 <input type="checkbox"/> Prefere não responder	1 <input type="checkbox"/> → G5.2 2 <input type="checkbox"/> } 8 <input type="checkbox"/> } G6.1
G0520 PC1e	<b>G5.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?</b> Responda em relação à atividade em que tem maior dificuldade.	1 <input type="checkbox"/> Tem alguma dificuldade 2 <input type="checkbox"/> Tem muita dificuldade 3 <input type="checkbox"/> Não consegue de todo 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"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
G0610 IN15	<b>G6.1. Habitualmente tem dificuldade em lavar as mãos e a cara sem ajuda?</b>	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 8 <input type="checkbox"/> Prefere não responder	1 <input type="checkbox"/> → G6.2 2 <input type="checkbox"/> } 8 <input type="checkbox"/> } Filtro G1
G0620 IN15	<b>G6.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?</b>	1 <input type="checkbox"/> Tem alguma dificuldade 2 <input type="checkbox"/> Tem muita dificuldade 3 <input type="checkbox"/> Não consegue de todo 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"/> } Filtro G1 8 <input type="checkbox"/> } 9 <input type="checkbox"/> }
<b>FILTRO G1</b> SE [G0110 = 2 E G0210 = 2 E G0310 = 2 E G0410 = 2 E G0510 = 2] → H1 ELSE → G7			
G0700 PC2	<b>G7. Habitualmente recebe ajuda para algum destes cuidados pessoais?</b> Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas.	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 8 <input type="checkbox"/> Prefere não responder	1 <input type="checkbox"/> → G8a 2 <input type="checkbox"/> } 8 <input type="checkbox"/> } G8b
G0800 PC3	<b>G8a. E precisa de mais ajuda?</b> <b>G8b. E precisa de ajuda?</b>	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 8 <input type="checkbox"/> Prefere não responder 9 <input type="checkbox"/> 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 H1.1. Habitualmente tem dificuldade em preparar refeições sem ajuda?**

HA1a

Não considere aquecer alimentos já preparados.

Considere preparar os alimentos e cozinhar.

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

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

1 ☐ → H1.2  
2 ☐ }  
3 ☐ } H2.1  
8 ☐ }

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

HA1a

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

1 ☐  
2 ☐  
3 ☐  
8 ☐  
9 ☐

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

HA1b

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

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

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

1 ☐ → H2.2  
2 ☐ }  
3 ☐ } H3.1  
8 ☐ }

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

HA1b

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

1 ☐  
2 ☐  
3 ☐  
8 ☐  
9 ☐

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

HA1c

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

Não considere o transporte de compras pesadas.

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

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

1 ☐ → H3.2  
2 ☐ }  
3 ☐ } H4.1  
8 ☐ }

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

HA1c

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

1 ☐  
2 ☐  
3 ☐  
8 ☐  
9 ☐

H0410 HA1d	<b>H4.1. Habitualmente tem dificuldade em preparar e tomar a medicação a horas sem ajuda?</b> 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"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Nunca teve que o fazer 8 <input type="checkbox"/> Prefere não responder	1 <input type="checkbox"/> → H4.2 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> } H5.1 8 <input type="checkbox"/>
H0420 HA1d	<b>H4.2 Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?</b>	1 <input type="checkbox"/> Tem alguma dificuldade 2 <input type="checkbox"/> Tem muita dificuldade 3 <input type="checkbox"/> Não consegue de todo 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"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
H0510 HA1e	<b>H5.1. Habitualmente tem dificuldade em realizar tarefas domésticas ligeiras sem ajuda?</b> 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 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Nunca teve que o fazer 8 <input type="checkbox"/> Prefere não responder	1 <input type="checkbox"/> → H5.2 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> } H6.1 8 <input type="checkbox"/>
H0520 HA1e	<b>H5.2 Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?</b>	1 <input type="checkbox"/> Tem alguma dificuldade 2 <input type="checkbox"/> Tem muita dificuldade 3 <input type="checkbox"/> Não consegue de todo 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"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
H0610 HA1f	<b>H6.1. Habitualmente tem dificuldade em realizar tarefas domésticas pesadas ocasionais sem ajuda?</b> 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 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Nunca teve que o fazer 8 <input type="checkbox"/> Prefere não responder	1 <input type="checkbox"/> → H6.2 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> } H7.1 8 <input type="checkbox"/>
H0620 HA1f	<b>H6.2 Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?</b>	1 <input type="checkbox"/> Tem alguma dificuldade 2 <input type="checkbox"/> Tem muita dificuldade 3 <input type="checkbox"/> Não consegue de todo 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"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
H0710 HA1g	<b>H7.1. Habitualmente tem dificuldade em tomar conta do seu dinheiro e das tarefas administrativas quotidianas sem ajuda?</b> 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 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Nunca teve que o fazer 8 <input type="checkbox"/> Prefere não responder	1 <input type="checkbox"/> → H7.2 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> } Filtro H1 8 <input type="checkbox"/>

H0720

HA1g

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

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

- 1 ☐  
 2 ☐  
 3 ☐ } **Filtro H1**  
 8 ☐  
 9 ☐

**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 ☐  
 8 ☐ } **H9b**

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 duas 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?**

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?**

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?**

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

- 1 ☐  
 2 ☐  
 3 ☐  
 4 ☐

8 Prefere não responder  
9 Não sabe

8 ☐  
9 ☐

J0200  
MH1b

**J2. E com que frequência se sentiu em baixo, deprimido ou desamparado?**

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

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

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

J0300  
MH1c

**J3. E com que frequência teve dificuldade em adormecer ou dormiu pouco ou dormiu demasiado?**

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

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

J0400  
MH1d

**J4. E com que frequência se sentiu cansado ou teve pouca energia?**

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

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

J0500  
MH1e

**J5. E com que frequência teve diminuição ou aumento de apetite?**

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

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

J0600  
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**

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

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

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

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

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

J0800

**J8. Nas últimas 2 semanas mexeu-se ou falou tão devagar que outras pessoas já devem ter reparado, ou ao contrário, esteve tão inquieto ou agitado que se moveu muito mais do que o habitual?**

MH1g

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

**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?**

HO1A

**K1b. Nos últimos 12 meses, para além do internamento relacionado com o acidente que referiu anteriormente, ficou internada pelo menos uma noite por outra razão? Exclua o tempo de internamento relativo ao parto, caso tenha**

**K1c. Nos últimos 12 meses, esteve internado num hospital ou noutro estabelecimento de saúde com internamento, tendo permanecido pelo menos uma noite?**

**K1d. Nos últimos 12 meses, esteve internada num hospital ou noutro estabelecimento de saúde com internamento, tendo permanecido pelo menos uma noite? Exclua o tempo de internamento relativo ao parto, caso tenha ocorrido.**

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

- 1 ☐  
2 ☐  
8 ☐  
9 ☐ } **Filtro K2**

**FILTRO K2**

SE D0400 = 1 E K0100 = 1 → K2a

SE D0400 = 1 E K0100 = 2 → K2b

SE (D0100 = 2 OU D0200 = 2) E K0100 = 1 → K2c

SE D0400 = 2 E K0100 = 2 → Filtro K3

SE (D0100 = 2 OU D0200 = 2) E K0100 = 2 → Filtro K3

Se K0100=8,9 → Filtro K3

ELSE → K2c

K0200

**K2a. No total quantas noites ficou internado, incluindo a(s) noite(s) de internamento relacionada(s) com o acidente que referiu anteriormente?**

HO1B

**K2b. E quantas noites ficou internado devido ao acidente?**

**K2c. No total quantas noites ficou internado?**

Se nos últimos 12 meses esteve internado em diversos períodos, indique o número total de noites.

Pode responder selecionando e preenchendo uma das seguintes opções:

Número total de noites

|\_|\_|\_| → **Filtro K3**

K2\_aux Quantos meses e/ou semanas e dias completos este internado?

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

998 Prefere não responder

999 Não sabe

998 ☐  
999 ☐ } **Filtro K3**

K0200\_AUX

K2.VA. Cálculo automático em noites

|\_|\_|\_|

**FILTRO K3**

SE D0300 = 1 → K3a

ELSE → K3b

K0300  
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 ☐ → **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 Higienização  
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	<p><b>L3a. Qual a principal razão porque não consultou um dentista no último ano?</b></p> <p><b>L3b. Qual a principal razão porque nunca consultou um dentista?</b></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p> <p>9 <input type="checkbox"/></p>
L0410 IN18	<p><b>L4.1. Escova os dentes?</b></p> <p>1 Sim</p> <p>Responda também "Sim" à escovagem de prótese dentária ("placa")</p> <p>2 Não</p> <p>8 Prefere não responder</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> → <b>L4.2</b></p> <p>2 <input type="checkbox"/> } <b>L5</b></p> <p>8 <input type="checkbox"/> }</p>
L0420 IN18	<p><b>L4.2. Com que frequência?</b></p> <p>1 Todos os dias, de manhã, após o almoço e antes de se deitar</p> <p>2 Todos os dias, de manhã e antes de se deitar</p> <p>3 Todos os dias, apenas de manhã</p> <p>4 Todos os dias, apenas antes de se deitar</p> <p>5 Algumas vezes por semana</p> <p>6 Menos de uma vez por semana</p> <p>8 Prefere não responder</p> <p>9 Não sabe</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p> <p>9 <input type="checkbox"/></p>
L0500 AM2	<p><b>L5. Quando foi a última vez que consultou um médico de clínica geral ou de medicina geral e familiar?</b></p> <p>Considere também os médicos de família.</p> <p>Considere as consultas em consultórios médicos privados, as consultas no domicílio e as teleconsultas.</p> <p>1 Há menos de 12 meses</p> <p>2 Há 12 meses ou mais</p> <p>3 Nunca</p> <p>8 Prefere não responder</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> } <b>L7</b></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>
L0600 AM3	<p><b>L6. Nas últimas 4 semanas quantas consultas teve com médicos de clínica geral ou de medicina geral e familiar?</b></p> <p><b>N.º de consultas</b></p> <p>998 Prefere não responder</p> <p>999 Não sabe</p>	<p> _ _ </p> <p>998 <input type="checkbox"/></p> <p>999 <input type="checkbox"/></p>
L0700 AM4	<p><b>L7. Quando foi a última vez que consultou outro médico especialista?</b></p> <p>Considere as consultas de medicina interna, as consultas com cirurgiões, as consultas com psiquiatras e as consultas com outros médicos especialistas.</p> <p>Não considere as consultas com dentistas, especialistas de medicina geral e familiar e as consultas em situação de internamento.</p> <p>1 Há menos de 12 meses</p> <p>2 Há 12 meses ou mais</p> <p>3 Nunca</p> <p>8 Prefere não responder</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> } <b>L9.1</b></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>
L0800 AM5	<p><b>L8. Nas últimas 4 semanas quantas consultas teve com outros médicos especialistas?</b></p> <p><b>N.º de consultas</b></p> <p>998 Prefere não responder</p> <p>999 Não sabe</p>	<p> _ _ </p> <p>998 <input type="checkbox"/></p> <p>999 <input type="checkbox"/></p>
L0911 AM6A	<p><b>L9.1. Nos últimos 12 meses consultou um fisioterapeuta, cinesioterapeuta, quiroprata ou osteopata?</b></p> <p>Considere também as consultas com cinesioterapeutas ou massagistas de recuperação.</p> <p>1 Sim</p> <p>2 Não</p> <p>8 Prefere não responder</p> <p>9 Não sabe</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p> <p>9 <input type="checkbox"/></p>

L0920  
AM6B

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

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

L1000  
AM7

**L10. Nos últimos 12 meses recebeu apoio domiciliário prestado por profissionais de saúde ou de ação social para responder às suas necessidades pessoais?**

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

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

- |                         |                            |             |
|-------------------------|----------------------------|-------------|
| 1 Sim                   | 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  
IN60

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

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  
IN61

**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.**

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  
IN62

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

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? Não considere as pílulas contraceptivas ou hormonas usadas exclusivamente para fins contraceptivos.**

Considere qualquer medicamento, produto natural ou vitaminas receitado por um médico para aliviar sintomas, para prevenir doenças ou para melhorar o estado de saúde e que é comprado habitualmente numa farmácia, independentemente de ser ou não participado pelo sistema de saúde.

- 1 Sim  
2 Não  
8 Prefere não responder

1 ☐  
2 ☐  
8 ☐ } Filtro M2

#### FILTRO M2

SE Sexo = 1 OU (Sexo = 2 E Idade > 55) → M2a  
SE Sexo = 2 E Idade ≤ 55 → M2b

M0200 M2a. Nas últimas 2 semanas, tomou ou usou algum medicamento, produto natural ou vitaminas que não tenha sido receitado por um médico?  
MD2

M2b. Nas últimas 2 semanas, tomou ou usou algum medicamento, produto natural ou vitaminas que não tenha sido receitado por um médico? Não considere as pílulas contraceptivas ou hormonas usadas exclusivamente para fins contraceptivos.

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

- 1 Sim  
2 Não  
8 Prefere não responder

1 ☐  
2 ☐  
8 ☐

M0300 M3. Habitualmente toma algum medicamento receitado por um médico para a hipertensão arterial (tensão arterial alta)?  
IN63

- 1 Sim  
2 Não  
8 Prefere não responder

1 ☐  
2 ☐  
8 ☐

M0400 M4. Habitualmente toma algum medicamento receitado por um médico para a diabetes?  
IN64

- 1 Sim  
2 Não  
8 Prefere não responder

1 ☐  
2 ☐  
8 ☐

M0500 M5. Habitualmente toma algum medicamento receitado por um médico para o colesterol elevado ou triglicéridos?  
IN65

- 1 Sim  
2 Não  
8 Prefere não responder

1 ☐  
2 ☐  
8 ☐

M0600 M6. Habitualmente toma algum medicamento receitado por um médico para a depressão?  
IN66

- 1 Sim  
2 Não  
8 Prefere não responder

1 ☐  
2 ☐  
8 ☐

#### N - CUIDADOS PREVENTIVOS

N0110 N1.1. Alguma vez foi vacinado contra a gripe?  
PA1

- 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?  
PA1

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

1 ☐ → N1.3  
2 ☐  
8 ☐ } N2.1

N0130 N1.3. E em que mês?  
PA1

- 98 Prefere não responder  
99 Não sabe

Mês

|\_|\_| } N2.1  
98 ☐  
99 ☐

N0130\_AUX N1.3.VA. Cálculo automático do ano  
(Aplicação imputa o ano face à data da entrevista - 2018 ou 2019)

|\_|\_|\_|\_|

N0210 IN19	<b>N2.1. Alguma vez foi vacinado contra o tétano?</b>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 Prefere não responder 9 Não sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	}	<b>N3.1</b>
N0220 IN19	<b>N2.2. Quando foi a última vez?</b>	1 Há menos de 10 anos 2 Há 10 anos ou mais 8 Prefere não responder 9 Não sabe	1 <input type="checkbox"/> → <b>N3.1</b> 2 <input type="checkbox"/> → <b>N2.3</b> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	}	<b>N3.1</b>
N0230 IN19	<b>N2.3. E foi há menos de 20 anos ou há 20 anos ou mais?</b>	1 Há menos de 20 anos 2 Há 20 anos ou mais 8 Prefere não responder 9 Não sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>		
N0310 PA2	<b>N3.1. Alguma vez a sua tensão arterial foi medida por um profissional de saúde?</b>	Considere médicos, enfermeiros, paramédicos, farmacêuticos e técnicos de saúde.			
	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"/>	}	<b>N4.1</b>	
N0320 PA2	<b>N3.2. Quando foi a última vez?</b>	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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>		
N0410 PA3	<b>N4.1. Alguma vez o seu nível de colesterol no sangue foi medido por um profissional de saúde?</b>	Considere médicos, enfermeiros, paramédicos, farmacêuticos, técnicos de saúde e técnicos de laboratório.			
	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"/>	}	<b>N5.1</b>	
N0420 PA3	<b>N4.2. Quando foi a última vez?</b>	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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>		
N0510 PA4	<b>N5.1. Alguma vez o seu nível de glicémia (teor de açúcar no sangue) foi medido por um profissional de saúde?</b>	Considere médicos, enfermeiros, paramédicos, farmacêuticos, técnicos de saúde e técnicos de laboratório.			
	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"/>	}	<b>N6.1</b>	

**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"/> | } <b>N7.1</b> |
| 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"/> | } <b>Filtro N1</b> |
| 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"/> | } <b>Filtro N1</b> |
| 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                   | 1 <input type="checkbox"/> | } <b>N9.1</b> |
| 2 Não                   | 2 <input type="checkbox"/> |               |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |               |
| 9 Não sabe              | 9 <input type="checkbox"/> |               |

**N0820 N8.2. Quando foi a última vez?**

PA7

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

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

PA8

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

1 ☐  
2 ☐  
8 ☐ } **Filtro O1**  
9 ☐

**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 ☐ } **Filtro O1**  
5 ☐  
8 ☐  
9 ☐

**O - SAÚDE REPRODUTIVA**

**FILTRO O1**

SE Idade ≤ 55 E A1700 ≠ 1 → O1  
SE Idade ≤ 55 E A1700 = 1 → Filtro O2  
SE Idade > 55 → P1.1

**00100 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 ☐ } **Filtro O2**  
9 ☐

**00200 O2. Qual foi o principal método contraceptivo que utilizaram?**

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 ☐ } **Filtro O2**  
9 ☐  
10 ☐  
11 ☐  
12 ☐  
13 ☐  
14 ☐  
98 ☐  
99 ☐

**00300 O3. Qual a principal razão para não utilizarem um método contraceptivo?**

IN22

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

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

**FILTRO O2**

SE A1700 = 1 E A1800 = 2 → O4a  
SE A1700 = 2 E A1800 = 2 → O4b  
SE A1800 = 1 → O5  
ELSE → O4c

00400 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?**

- |   |                            |                    |
|---|----------------------------|--------------------|
| 1 Sim   | 1 <input type="checkbox"/> | } <b>FILTRO O4</b> |
| Responda "Sim" mesmo que o filho não tenha nascido vivo ou 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"/> |                    |

00500 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".

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

O9

<b>FILTRO O3</b> SE O0300 = 1 → O6.2a ELSE → O6.1
---

00610 IN25 **O6.1. Amamentou em exclusivo o seu bebé (apenas leite materno)?**

- |                         |   |                    |
|-------------------------|---|--------------------|
| 1 Sim                   | 1 <input type="checkbox"/> → <b>O6.2b</b> | } <b>Filtro O4</b> |
| 2 Não                   | 2 <input type="checkbox"/>                |                    |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/>                |                    |
| 9 Não sabe              | 9 <input type="checkbox"/>                |                    |

00620 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:

**Número de semanas de amamentação em exclusivo**

O6.2\_aux Quantos meses e/ou semanas amamentou?

- 998 Prefere não responder  
 999 Não sabe

_ _  → <b>Filtro O4</b>
_ _
<b>meses</b>
<b>semanas</b>
998 <input type="checkbox"/>
999 <input type="checkbox"/>

Filtro O4

00620\_AUX O6.2.VA. **Cálculo automático em semanas**

<b>FILTRO O4</b> 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
---

00700 IN26 **O7a. Considere a gravidez atual. Com quantas semanas de gravidez foi à consulta de vigilância pela primeira vez?**

Se ainda não foi à consulta de vigilância da gravidez registre 0.

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

Considere também as consultas de saúde materna.

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

Pode responder selecionando e preenchendo uma das seguintes opções:

**Nº de semanas de gravidez na 1ª consulta de vigilância**

O7\_aux Quantos meses e/ou semanas de gravidez?

- 998 Prefere não responder  
 999 Não sabe

_ _  → <b>Filtro O5</b>
_ _
<b>meses</b>
<b>semanas</b>
998 <input type="checkbox"/>
999 <input type="checkbox"/>

Filtro O5

00700\_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?**

Responda em relação à última gravidez.

1 Sim

2 Não

8 Prefere não responder

9 Não sabe

1 ☐2 ☐8 ☐9 ☐

} O9

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

IN27

1 Diariamente

2 Ocasionalmente

8 Prefere não responder

9 Não sabe

1 ☐ → O92 ☐8 ☐9 ☐

} O9

**O0830 O8.3. Com que frequência?**

IN27

1 Alguns dias por semana

2 Alguns dias durante o mês

3 Uma vez por mês

4 Menos de uma vez por mês

Por exemplo: de vez em quando ou em ocasiões especiais.

8 Prefere não responder

9 Não sabe

1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐8 ☐9 ☐**O0900 O9. Já alguma vez utilizou a pílula do dia seguinte (método de contraceção de emergência)?**

IN28

1 Sim

2 Não

8 Prefere não responder

9 Não sabe

1 ☐2 ☐8 ☐9 ☐**P - NECESSIDADES DE SAÚDE NÃO SATISFEITAS**

Com as perguntas seguintes 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

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

1 Sim

Responda "Sim" se não recebeu cuidados de saúde em tempo útil, teve de recorrer a uma alternativa (não foi possível marcar uma consulta em tempo útil, ficou em lista de espera apesar da urgência) ou desistiu de procurar cuidados devido ao tempo que teria de esperar.

2 Não

3 Não houve necessidade

8 Prefere não responder

9 Não sabe

1 ☐2 ☐3 ☐8 ☐9 ☐**P0120 P1.2. Nos últimos 12 meses, teve de ficar à espera por uma consulta, exame ou tratamento médico, devido a problemas relacionados com a distância ou com problemas de transporte?**

UN1B

Não considere eventuais dificuldades relacionadas com o custo do transporte.

1 Sim

Responda "Sim" se teve de ficar à espera devido à distância em relação ao estabelecimento de saúde ou à inexistência de meios de transporte.

2 Não

3 Não houve necessidade

8 Prefere não responder

9 Não sabe

1 ☐2 ☐3 ☐8 ☐9 ☐

P0210 UN2a	<p><b>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?</b></p> <p>As dificuldades financeiras podem resultar de diferentes fatores, como os preços elevados ou a não cobertura por parte do sistema de saúde.</p>										
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>1 Preciou e não satisfaz essa necessidade</td> <td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 Preciou e satisfaz essa necessidade</td> <td style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 Não houve necessidade</td> <td style="text-align: right;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8 Prefere não responder</td> <td style="text-align: right;">8 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>9 Não sabe</td> <td style="text-align: right;">9 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	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"/>
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	<p><b>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?</b></p> <p>Considere os cuidados de saúde prestados por (ou sob a supervisão de) dentistas, estomatologistas ou ortodontistas.</p> <p>As dificuldades financeiras podem resultar de diferentes fatores, como os preços elevados ou a não cobertura por parte do sistema de saúde.</p>										
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>1 Preciou e não satisfaz essa necessidade</td> <td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 Preciou e satisfaz essa necessidade</td> <td style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 Não houve necessidade</td> <td style="text-align: right;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8 Prefere não responder</td> <td style="text-align: right;">8 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>9 Não sabe</td> <td style="text-align: right;">9 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	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"/>
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	<p><b>P2.3. Nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de comprar medicamentos receitados mas não satisfaz essa necessidade por dificuldades financeiras?</b></p> <p>Considere os medicamentos que só podem ser obtidos com uma receita médica (de um médico ou dentista).</p> <p>As dificuldades financeiras podem resultar de diferentes fatores, como os preços elevados ou a não cobertura por parte do sistema de saúde.</p>										
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>1 Preciou e não satisfaz essa necessidade</td> <td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 Preciou e satisfaz essa necessidade</td> <td style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 Não houve necessidade</td> <td style="text-align: right;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8 Prefere não responder</td> <td style="text-align: right;">8 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>9 Não sabe</td> <td style="text-align: right;">9 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	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"/>
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	<p><b>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?</b></p> <p>Considere os cuidados de saúde mental prestados por médicos psiquiatras, psicólogos ou psicoterapeutas.</p> <p>As dificuldades financeiras podem resultar de diferentes fatores, como os preços elevados ou a não cobertura por parte do sistema de saúde.</p>										
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>1 Preciou e não satisfaz essa necessidade</td> <td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 Preciou e satisfaz essa necessidade</td> <td style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 Não houve necessidade</td> <td style="text-align: right;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8 Prefere não responder</td> <td style="text-align: right;">8 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>9 Não sabe</td> <td style="text-align: right;">9 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	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"/>
1 Preciou e não satisfaz essa necessidade	1 <input type="checkbox"/>										
2 Preciou e satisfaz essa necessidade	2 <input type="checkbox"/>										
3 Não houve necessidade	3 <input type="checkbox"/>										
8 Prefere não responder	8 <input type="checkbox"/>										
9 Não sabe	9 <input type="checkbox"/>										

EHDM

## DETERMINANTES DE SAÚDE

## Q - PESO E ALTURA

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

Q0100

BM1

## Q1. Qual é a sua altura?

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

Cm

|\_|\_|\_|\_|

998 Prefere não responder

998 ☐

999 Não sabe

999 ☐

## FILTRO Q

Se A1700 = 1 → Q2b

ELSE → Q2a

Q0200

Q2a. Quanto é que pesa?

BM2

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

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

Kg

|\_|\_|\_|

998 Prefere não responder

998 ☐

999 Não sabe

999 ☐

## R - ATIVIDADE / EXERCÍCIO FÍSICO

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

R0100

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

PE1

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

1 Sentada ou em pé em atividades que envolvem um esforço físico ligeiro

1 ☐

2 Em movimento ou em tarefas que exigem um esforço físico moderado

2 ☐

3 Em trabalhos pesados ou fisicamente exigentes

3 ☐

4 Não executa nenhuma das atividades indicadas

4 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐

R0210

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

PE2

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

N.º de dias

|\_| }  
8 ☐

Filtro R1

8 Prefere não responder

## FILTRO R1

SE R0210 = 0 ou 8 → R3.1

SE R0210 = 1 → R2.2a

ELSE → R2.2b

R0220

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

PE3

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

Se o seu tempo de deslocação variar muito ao longo da semana, indique o tempo médio por dia.

1 10 a 29 minutos

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 ☐

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

N.º de dias

|\_| }  
8 ☐

Filtro R2

8 Prefere não responder

## FILTRO R2

SE R0310 = 0 ou 8 → R4.1

R0310 = 1 → R3.2a

ELSE → R3.2b

R0320

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

PE5

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

Se o seu tempo de deslocação variar muito ao longo da semana, indique o tempo médio por dia.

1 10 a 29 minutos

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 PE6 **R4.1. Numa semana normal, quantos dias pratica exercício físico pelo menos 10 minutos seguidos? Considere o fim de semana.**  
Se habitualmente não pratica exercício físico ou pratica menos de 10 minutos seguidos, registre 0.  
Exemplos: fazer uma caminhada, jogar à bola, correr, andar de bicicleta ou nadar.

N.º de dias   } Filtro R3  
8 Prefere não responder ☐

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

R0420 PE7 **R4.2a. Nesse dia, quanto tempo pratica exercício físico?**  
**R4.2b. E no total desses dias, quanto tempo pratica exercício físico?**

Quanto tempo por semana (hh:mm)  :    
8 Prefere não responder ☐  
9 Não sabe ☐

R0500 PE8 **R5. Numa semana normal, quantos dias pratica atividades destinadas a fortalecer os músculos, tais como treinos de resistência ou musculação?**  
Se não pratica atividades destinadas a fortalecer os músculos, registre 0.  
Considere todas as atividades de fortalecimento muscular, mesmo que já tenham sido consideradas anteriormente.

N.º de dias    
8 Prefere não responder ☐

R0600 PE9 **R6. Num dia normal, quanto tempo costuma passar sentado ou deitado?**  
Refere-se ao tempo que passa sentado no trabalho, nas deslocações, em casa e nos tempos de lazer.  
Considere também o tempo que passa deitado ou reclinado no sofá, a ler ou a ver televisão.  
Não considere 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.

Quanto tempo por dia (hh:mm)  :   → S1  
9 Não sabe ☐ → R6.1

R0610 PE9 **R6.1. Em alternativa indique o escalão de tempo que costuma passar sentado ou deitado:**

1 Menos de 4 horas ☐  
2 4 horas a menos de 6 horas ☐  
3 6 horas a menos de 8 horas ☐  
4 8 horas a menos de 10 horas ☐  
5 10 horas a menos de 12 horas ☐  
6 12 horas ou mais ☐  
8 Prefere não responder ☐

## S - CONSUMO DE ALIMENTOS

S0100 IN29 **S1. Quantas refeições principais é que toma habitualmente por dia? Considere como refeições principais o pequeno-almoço, o almoço e o jantar.**

N.º de refeições principais    
8 Prefere não responder ☐

**FILTRO S1**  
SE S010 = 0,8 → S3.1;  
ELSE → S2.1

Nas refeições principais que tomou ontem, consumiu...

		Sim	Não	Prefere não responder
S0201 IN30	<b>S2.1. Leite, iogurte ou queijo</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
S0202 IN31	<b>S2.2. Sopa</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
S0203	<b>S2.3. Pão</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

		Sim	Não	Prefere não responder
S0204 IN33	<b>S2.4. Carne</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
S0205 IN34	<b>S2.5. Peixe</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
S0206 IN35	<b>S2.6. Batatas, arroz ou massa</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
S0207 IN36	<b>S2.7. Feijão ou grão</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
S0208 IN37	<b>S2.8. Bolos, chocolates ou sobremesas</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
S0209 IN38	<b>S2.9. Refrigerantes, com ou sem gás</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
S0210 IN39	<b>S2.10. Sumos naturais, feitos a partir de fruta fresca</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
S0211 IN40	<b>S2.11. Outros alimentos</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
S0212 IN41	<b>S2.12. Das refeições principais que tomou ontem, alguma foi do tipo "fast food"?</b>			
	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 IN42	<b>S2.13. E alguma foi pré-cozinhada, ou seja, preparada industrialmente?</b>			
	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"/>	
S0311 DH1	<b>S3.1. Com que frequência come fruta, excluindo sumos feitos a partir de fruta fresca ou preparados a partir de concentrados?</b>			
	Considere também fruta congelada ou em conserva. Não considere qualquer sumo de fruta.			
	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"/>	
			} <b>S4.1</b>	
S0321 DH2	<b>S3.2. Normalmente quantas porções de fruta consome por dia?</b>			
	! [cartão com equivalências das porções de fruta]			
		<b>N.º de porções de fruta</b>	_ _	
	998 Prefere não responder		998 <input type="checkbox"/>	
	999 Não sabe		999 <input type="checkbox"/>	
S0411 DH3	<b>S4.1. Com que frequência consome legumes ou saladas, excluindo sopas, batatas e quaisquer sumos?</b>			
	Considere legumes frescos, congelados, cozinhados ou em conserva Não considere sumos, sopas (quentes ou frias), tartes ou pratos cozinhados com legumes ou vegetais			
	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"/>	
			} <b>S5</b>	

S0421

DH4

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

! [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?**

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

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

1 Uma vez ou mais por dia

1 ☐

2 4 a 6 vezes por semana

2 ☐

3 1 a 3 vezes por semana

3 ☐

4 Menos de uma vez por semana

4 ☐

5 Nunca

5 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐

9 Não sabe

9 ☐

S0600

DH6

**S6. Com que frequência bebe refrigerantes açucarados, com ou sem gás, excluindo refrigerantes sem adição de açúcar (tipo *light* ou *diet*)?**

Considere bebidas energéticas com açúcar.

Não considere refrigerantes sem adição de açúcar (por exemplo, coca-cola *light*, *diet* ou zero).

1 Uma vez ou mais por dia

1 ☐

2 4 a 6 vezes por semana

2 ☐

3 1 a 3 vezes por semana

3 ☐

4 Menos de uma vez por semana

4 ☐

5 Nunca

5 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐

9 Não sabe

9 ☐

S0710

IN68

**S7.1. Com que frequência consome carne ou produtos derivados, tais como, fiambre, enchidos ou hambúrgueres?**

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

1 Uma vez ou mais por dia

1 ☐

2 4 a 6 vezes por semana

2 ☐

3 1 a 3 vezes por semana

3 ☐

4 Menos de uma vez por semana

4 ☐

5 Nunca

5 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐

9 Não sabe

9 ☐

S0720

IN69

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

Considere também peixe em conserva.

1 Uma vez ou mais por dia

1 ☐

2 4 a 6 vezes por semana

2 ☐

3 1 a 3 vezes por semana

3 ☐

4 Menos de uma vez por semana

4 ☐

5 Nunca

5 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐

9 Não sabe

9 ☐

S0730

IN70

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

1 Uma vez ou mais por dia

1 ☐

2 4 a 6 vezes por semana

2 ☐

3 1 a 3 vezes por semana

3 ☐

4 Menos de uma vez por semana

4 ☐

5 Nunca

5 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐

9 Não sabe

9 ☐

S0740  
IN71

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

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  
SK1

**T1.1. Fuma?**

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

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

T0310  
SK1

**T1.2. Fuma:**

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

T0410  
IN44  
SK2A

**T2. Que tipo de tabaco consome habitualmente?**

Se consome mais do que um tipo de tabaco, considere o que consome com mais frequência e assinale apenas uma resposta.

- |  |                             |                    |
|--|-----------------------------|--------------------|
| 1 Cigarros em maço                               | 1 <input type="checkbox"/>  | } <b>Filtro T1</b> |
| 2 Cigarros enrolados à mão                       | 2 <input type="checkbox"/>  |                    |
| 3 Charutos                                       | 3 <input type="checkbox"/>  |                    |
| 4 Cigarilhas                                     | 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"/>  |                    |
| 8 Outro tipo                                     | 8 <input type="checkbox"/>  |                    |
| 98 Prefere não responder                         | 98 <input type="checkbox"/> |                    |
- Por exemplo, o tabaco aquecido IQOS

**FILTRO T1**

SE T0310 = 1 E T0400 = 1,2 → T3

SE T0310 = 2 → T4.3

T0310 = 1 E T0400 ≠ 1,2 → T5a

T0500  
SK2B

**T3. Em média quantos cigarros fuma por dia?**

N.º de cigarros

- |                           |                              |              |
|---------------------------|------------------------------|--------------|
| 998 Prefere não responder | 998 <input type="checkbox"/> | } <b>T5a</b> |
| 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"/> | } <b>T9</b> |
| 2 Não                   | 2 <input type="checkbox"/> |             |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |             |

T0320  
IN43

**T4.2. Fumava:**

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| 1 Diariamente           | 1 <input type="checkbox"/> → <b>T5b</b>  |
| 2 Ocasionalmente        | 2 <input type="checkbox"/> → <b>T7.2</b> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> → <b>T9</b>   |

T0330  
SK3

**T4.3. Alguma vez fumou diariamente ou quase diariamente?**

Considere qualquer tipo de tabaco incluindo tabaco aquecido. Não considere cigarro eletrônico.

1 Sim  
2 Não  
8 Prefere não responder

1 ☐ → T5b  
2 ☐ → T9  
8 ☐ → 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 Prefere não responder  
999 Não sabe

|\_|\_|  
998 ☐  
999 ☐

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 Prefere não responder  
999 Não sabe

|\_|\_|\_|  
998 ☐  
999 ☐

} **Filtro T2**

**FILTRO T2**

SE T0310 = 1 → T9

SE T0320 = 1 OU T0330 = 1 → T7.1

ELSE → T7.2

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 em que 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?**

|\_|\_|\_| → T7.VA

T0600\_B

**T7.B. Em que ano deixou de fumar?**

9998 Prefere não responder  
9999 Não sabe

|\_|\_|\_|\_| → T7.VA  
9998 ☐  
9999 ☐

} **T8**

T0600\_VA

**T7.VA. [aplicação calcula a idade em que o entrevistado deixou de fumar]**

|\_|\_|\_| → T8

T0700

**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.**

Sim  
Não  
Prefere não responder  
Não sabe

1 ☐2 ☐8 ☐9 ☐

1 ☐2 ☐8 ☐9 ☐

1 ☐2 ☐8 ☐9 ☐

1 ☐2 ☐8 ☐9 ☐

1 ☐2 ☐8 ☐9 ☐

1 ☐2 ☐8 ☐9 ☐

1 ☐2 ☐8 ☐9 ☐

T0701  
IN461

**T8.1. Apoio médico**

T0702  
IN462

**T8.2. Apoio psicológico**

T0703  
IN462

**T8.3. Medicamentos**

Por exemplo, Champix, Elontril, Zyban.

T0704  
IN463

**T8.4. Pastilhas de nicotina**

T0705  
IN464

**T8.5. Adesivos ou pensos de nicotina**

T0706  
IN465

**T8.6. Nenhum apoio**

T0707  
IN466

**T8.7. Outro apoio**

42

INS 2019 (CAWI)

T0900  
SK6

**T9. Utiliza cigarro eletrônico ou aparelhos eletrônicos semelhantes (como por exemplo, e-cachimbo ou e-shisha)?**

Aparelho mecânico-eletrônico que produz vapor inalável, com ou sem nicotina, também conhecido por e-cigarro.  
Não considere 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?**

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

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

- |   |                            |               |
|---|----------------------------|---------------|
| 1 Diariamente   | 1 <input type="checkbox"/> | → T10.2<br>U1 |
| 2 Pelo menos uma vez por semana (mas não diariamente) | 2 <input type="checkbox"/> |               |
| 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 quanto tempo está exposto:**

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

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

**U - CONSUMO DE ÁLCOOL**

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   | 1 <input type="checkbox"/>  | U6 |
| Escolha esta opção se bebeu nos 365 dias dos últimos 12 meses ou geralmente em mais do que 6 dias por semana.  |                             |    |
| 2 5 a 6 dias por semana  | 2 <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"/>  | V1 |
| 7 Menos de uma vez por mês   | 7 <input type="checkbox"/>  |    |
| 8 Não consumiu nos últimos 12 meses, por ter deixado de consumir álcool  | 8 <input type="checkbox"/>  |    |
| Escolha esta opção se não consumiu álcool nos últimos 12 meses, mas já consumiu pelo menos uma bebida ao longo da sua vida sem ser apenas para provar. |                             |    |
| 9 Nunca consumiu, ou só ocasionalmente para provar   | 9 <input type="checkbox"/>  | V1 |
| Escolha esta opção se nunca consumiu uma bebida na sua vida, ou, no máximo, deu alguns goles ocasionalmente com o objetivo de provar a bebida.         |                             |    |
| 98 Prefere não responder   | 98 <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"/> | U4 |
| 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"/> |    |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |    |

U0300

AL3

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

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

U0500

AL5

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

! [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.**

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

! [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 próximas questões dizem respeito à forma como se sente em relação à sua vida de modo geral. Para cada afirmação, escolha a opção com que mais se identifica.

V0100

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  
IN54

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

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

**W - SUPORTE SOCIAL**

W0100  
SS1

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

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

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

W0200  
SS2

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

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

W0300  
SS3

**W3. Como avalia a facilidade de obter ajuda dos seus vizinhos? Acha que seria:**

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

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

**X - CUIDADOS E ASSISTÊNCIA INFORMAL**

X0100  
IC1

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

- |  |                            |                    |
|--|----------------------------|--------------------|
| 1 Sim  | 1 <input type="checkbox"/> | } <b>Filtro Y1</b> |
| 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 <input type="checkbox"/> |                    |
| Também responda "Não" se prestar este tipo de cuidados apenas no âmbito da sua atividade profissional.   |                            |                    |
| 8 Prefere não responder  | 8 <input type="checkbox"/> |                    |

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

X0300  
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 <input type="checkbox"/> | } <b>Filtro Y1</b> |
| 2 Não                   | 2 <input type="checkbox"/> |                    |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |                    |

**Y - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO**

Y0100\_AUX

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

|\_\_| → **Filtro Y1**

**FILTRO Y1**

SE Y0100\_aux = 1 → Ya;  
SE Y0100\_aux > 1 → Yb;  
SE Y0100\_aux = 0 → 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**

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

Y0100  
IN10

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

Considere também os espaços exteriores pertencentes à habitação como, por exemplo, o jardim ou o pátio.  
Incapacidade de longa duração, ou seja, que dura ou que se prevê que venha a durar mais de 6 meses.

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| 1 Sim                   | 1 <input type="checkbox"/>             |
| 2 Não                   | 2 <input type="checkbox"/> → Filtro Y3 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/>             |

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?**

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 1 Sim                            | 1 <input type="checkbox"/> → Filtro Y3 |
| 2 Não                            | 2 <input type="checkbox"/>             |
| 3 Desloca-se em cadeira de rodas | 3 <input type="checkbox"/> → Filtro Y3 |
| 8 Prefere não responder          | 8 <input type="checkbox"/>             |

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   | 1 <input type="checkbox"/>             |
| 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   | 2 <input type="checkbox"/> } Filtro Y3 |
| 8 Prefere não responder   | 8 <input type="checkbox"/>             |

Y0320  
IN13

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

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| 1 Sozinho, sem dificuldade     | 1 <input type="checkbox"/>             |
| 2 Sozinho, mas com dificuldade | 2 <input type="checkbox"/>             |
| 3 Só com ajuda                 | 3 <input type="checkbox"/> } Filtro Y3 |
| 8 Prefere não responder        | 8 <input type="checkbox"/>             |

**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<br>Escolha esta opção se teve um acidente de viação que não ocorreu no exercício da sua atividade profissional.<br>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. | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro Z1 |
| 2 Acidente de viação em trabalho<br>Escolha esta opção se teve um acidente de viação que ocorreu no exercício da sua atividade profissional.<br>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 <input type="checkbox"/> |             |
| 3 Acidente de trajeto (casa/trabalho ou vice versa)<br>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.   | 3 <input type="checkbox"/> |             |
| 4 Acidente de trabalho, excluindo acidente de viação em trabalho<br>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.   | 4 <input type="checkbox"/> |             |

- 5 Acidente doméstico 5 ☐
- 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 6 ☐
- 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 7 ☐
- 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.
- 8 Doença, exceto doença profissional 8 ☐
- Escolha esta opção se teve uma doença natural.
- 9 Doença profissional notificada por médico 9 ☐
- 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 10 ☐
- 98 Prefere não responder 98 ☐
- 99 Não sabe 99 ☐
- } **Filtro Z1**

RD

## RENDIMENTOS E DESPESAS

## Z - RENDIMENTO E DESPESAS

## FILTRO Z1

SE NIND\_AGR\_SELECT = 1 → Z1a.;  
SE NIND\_AGR\_SELECT > 1 E DESP\_PART = 1 → Z1b.;  
SE SE NIND\_AGR\_SELECT > 1 E DESP\_PART = 2 → Z1c.

Z0100

HHINCOME

**Z1.a** Habitualmente qual é o valor aproximado do seu rendimento mensal líquido? Considere todos os rendimentos com carácter regular: rendimentos de trabalho por conta de outrem ou por conta própria, prestações sociais (pensões, abonos, subsídios, etc.), rendimentos de capitais (juros de depósitos bancários e obrigações, dividendos de ações, etc.), rendimentos prediais, transferências de outros agregados (pensões de alimentos e outras transferências regulares).

**Z1.b** As próximas questões referem-se a rendimentos e despesas do seu agregado familiar. Se considerar necessário, consulte o membro da família mais habilitado para dar informação sobre estas questões.  
Habitualmente qual é o valor aproximado do rendimento mensal líquido de todas as pessoas que vivem no alojamento? Considere todos os rendimentos com carácter regular: rendimentos de trabalho por conta de outrem ou por conta própria, prestações sociais (pensões, abonos, subsídios, etc.), rendimentos de capitais (juros de depósitos bancários e obrigações, dividendos de ações, etc.), rendimentos prediais, transferências de outros agregados (pensões de alimentos e outras transferências regulares).

**Z1.c** As próximas questões referem-se a rendimentos e despesas do seu agregado familiar. Se considerar necessário, consulte o membro da família mais habilitado para dar informação sobre estas questões.  
Habitualmente qual é o valor aproximado do rendimento mensal líquido de todas as pessoas do seu agregado familiar (nome [NOME\_IND\_X(NIND\_AGR\_SELECT)])? Considere todos os rendimentos com carácter regular: rendimentos de trabalho por conta de outrem ou por conta própria, prestações sociais (pensões, abonos, subsídios, etc.), rendimentos de capitais (juros de depósitos bancários e obrigações, dividendos de ações, etc.), rendimentos prediais, transferências de outros agregados (pensões de alimentos e outras transferências regulares).

Não considere os rendimentos com carácter irregular ou extraordinário: os juros ou lucros de investimentos financeiros, bónus, heranças, subsídios de casamento, morte e nascimento  
Considere apenas o rendimento depois de deduzidos impostos, contribuições para a Segurança Social e contribuições voluntárias.

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Euros → **Filtro Z2**

9999999 Não sabe

9999999 ☐ → **Z2**

Z0200

HHINCOME

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

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

**FILTRO Z2**

SE NIND\_AGR\_SELECT = 1 → Z3a.

SE NIND\_AGR\_SELECT &gt; 1 E DESP\_PART = 1 → Z3b.

SE SE NIND\_AGR\_SELECT &gt; 1 E DESP\_PART = 2 → Z3c.

Z0300

**Z3.a** Nas últimas duas semanas pagou despesas de saúde, quer respeitem a situações anteriores ou futuras, quer sejam ou não reembolsadas?**Z3.b** Nas últimas duas semanas, as pessoas que vivem no alojamento pagaram despesas de saúde, quer respeitem a situações anteriores ou futuras, quer sejam ou não reembolsadas?**Z3.c** Nas últimas duas semanas, as pessoas do seu agregado familiar (nome [NOME\_IND\_X(NIND\_AGR\_SELECT)]) pagaram despesas de saúde, quer respeitem a situações anteriores ou futuras, quer sejam ou não reembolsadas?

1 Sim

2 Não

8 Prefere não responder

9 Não sabe

1 ☐2 ☐8 ☐9 ☐**Z4.1****Filtro Z7****As despesas pagas nas últimas duas semanas foram com:**

Z0410

**Z4.1 Consultas, incluindo atendimentos em serviços de urgência?**

IN55

Considere consultas em 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 ☐2 ☐8 ☐9 ☐→ **Filtro Z3****Z5.1****FILTRO Z3**

SE NIND\_AGR\_SELECT = 1 → Z4.2.a.

SE NIND\_AGR\_SELECT &gt; 1 → Z4.2.b.

Z0420

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

IN55

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

Indique 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**

|\_|\_|\_|\_| Euros

9998 Prefere não responder

9998 ☐

9999 Não sabe

9999 ☐

Z0510

**Z5.1. 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 ☐2 ☐8 ☐9 ☐→ **Filtro Z4****Z6.1****FILTRO Z4**

SE NIND\_AGR\_SELECT = 1 → Z5.2.a.

SE NIND\_AGR\_SELECT &gt; 1 → Z5.2.b.

Z0520

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

IN56

**Z5.2.b. Quanto gastaram?**

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

**Despesas com análises e outros exames complementares de diagnóstico**

|\_|\_|\_|\_| Euros

9998 Prefere não responder

9998 ☐

9999 Não sabe

9999 ☐

Z0610

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

IN57

1 Sim

2 Não

8 Prefere não responder

9 Não sabe

1 ☐2 ☐8 ☐9 ☐→ **Filtro Z5****Z7.1**

**FILTRO Z5**

SE NIND\_AGR\_SELECT = 1 → Z6.2.a.

SE NIND\_AGR\_SELECT &gt; 1 → Z6.2.b.

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

Indique 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. 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 ☐

9 Não sabe

9 ☐

} Filtro Z7

}

**FILTRO Z6**

SE NIND\_AGR\_SELECT = 1 → Z7.2a.

SE NIND\_AGR\_SELECT &gt; 1 → Z7.2b.

Z0920 **Z7.2a. Quanto gastou?**

IN59

**Z7.2b. Quanto gastaram?**

Indique 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 &gt; 1 E DESP\_PART = 1 → Z8b.

SE NIND\_AGR\_SELECT &gt; 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



##### Note que:



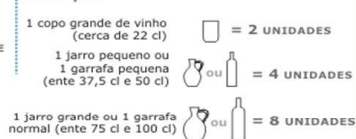
##### Cervejas de baixo teor alcoólico (entre 2% e 3%):

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

##### Vinho



##### Note que:



##### Bebidas espirituosas



##### Outros exemplos:



##### Champanhe

