

INQUÉRITO MULTI-OBJECTIVO CONTÍNUO

QUESTIONÁRIO

2022



DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIAIS

INQUÉRITO MULTI-OBJECTIVO CONTÍNUO 2022

ENQUADRAMENTO DO INQUERITO

O Instituto Nacional de Estatística realiza de outubro a dezembro o Inquerito Mul-Objectivo Continuo, IMC 2020, com o objectivo de disponibilizar às autoridades públicas e privadas e demais utilizadores um conjunto de indicadores importantes para o seguimento e avaliação políticas e programas públicos, particularmente os referentes ao Programa Estratégico de Desenvolvimento Sustentável (PEDS) e aos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Entre os vários indicadores a disponibilizar destacam-se os indicadores demográficos da população (sexo, idade, estado civil, imigração), indicadores de educação e indicadores do mercado de trabalho, indicadores de trabalho infantil e indicadores de cultura e lazer.

AUTORIDADE E SEGREDO ESTATÍSTICO (Art. 10º da Lei nº 48/IV/2019 de 19 de fevereiro)

“Os dados estatísticos individuais relativos a pessoas singulares (...) para fins estatísticos oficiais, são protegidos contra qualquer divulgação ilegal visando salvaguardar a privacidade dos cidadãos, (...) e garantir a confiança dos inquiridos no SEN”

DIREITO À INFORMAÇÃO

(artigo 11.º, n.º 1, da Lei n.º 133/V/2001, de 22 de janeiro, alterada pela Lei n.º 41/VIII/2013, de 17 de setembro)

DESTINATÁRIO E RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO DE DADOS

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA

FINALIDADE DO TRATAMENTO

Produção e difusão de estatísticas demográficas e de mercado de trabalho.

NATUREZA DAS RESPOSTAS

As respostas são de carácter Obrigatório, salvo o fornecimento de dados pessoais sensíveis, cujas respostas são de carácter Facultativo. Relativamente às respostas de carácter obrigatório:

É punido com coima de 20.000\$00 a 200.000\$00, a quem sendo obrigado a fornecer informações estatísticas ao INE (...):

- a) Não fornecer as informações no prazo devido;
- b) Fornecer informações inexactas, insuficientes ou susceptíveis de induzirem em erro;
- c) Fornecer informações por negligência em moldes diversos dos que forem definidos (cf. n.º 1 do artigo 41.º da Lei nº 48/IV/2019 de 19 de fevereiro)

DIREITO DE ACESSO E DE RETIFICAÇÃO DOS DADOS FORNECIDOS

Imediatamente após o término entrevista e durante o período da realização do inquérito, é garantido ao inquirido total e incondicionado acesso aos dados por ele fornecidos, podendo, caso necessário, solicitar a sua pronta retificação.

Os pedidos de acesso e de retificação dos dados, posteriormente a realização da entrevista, podem ser feitos por escrito ou pessoalmente na sede do INE, sita na Rua da Caixa Económica, n.º 18, Fazenda, na cidade da Praia.

OBJETIVO DO QUESTIONÁRIO

Este questionário tem por objectivo recolher informações relativas à composição do agregado familiar (conjunto de pessoas que habitam no alojamento e que dividem habitualmente as despesas de alojamento e alimentação), as características demográficas e socio-económicas de cada um dos membros do agregado familiar, informações relativas às características externas e internas do alojamento e informações sobre o acesso a serviços básicos e bens de equipamento existentes.

QUEM DEVE RESPONDER

As informações relativas à composição do agregado familiar, às características externas e internas do alojamento e informações sobre o acesso a serviços básicos e bens de equipamento existentes devem ser prestadas pelo representante do agregado familiar. Caso não seja possível, as informações devem ser dadas por um dos membros do agregado familiar (com 15 anos ou mais) que estiver disponível e mais habilitado a responder com todo o detalhe necessário.

As informações relativas às características dos indivíduos, deverão ser prestadas, sempre que possível pelo próprio indivíduo, excepto se menor de 15 anos, indivíduo temporariamente ausente durante o período de recolha, incapacitado ou motivo doença. Nestas condições deverá responder o representante do agregado familiar ou por um dos membros do agregado familiar habilitado a responder com todo o detalhe necessário.

BLOCOS:	Quantidade de questões
Módulo Condições de vida	49 perguntas
Módulo Características Demográficas	33 perguntas
Módulo Incapacidade	24 perguntas
Módulo Educação e Formação Profissional	26 perguntas
Módulo TIC	19 perguntas
Módulo Segurança Social	2 perguntas
Módulo Mercado de Trabalho	88 perguntas
Módulo Trabalho Infantil	50 perguntas
Módulo Outras Formas de Trabalho	25 perguntas
Módulo Cultura e Lazer	25 perguntas
Total	341 perguntas

IMC 2020 – 4º TRIMESTRE – PRINCIPAIS INDICADORES	
Módulos	PRINCIPAIS INDICADORES
CONDIÇÕES DE VIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Características exteriores e interiores do edifício; • Acesso a eletricidade; • Acesso a água; • Acesso ao saneamento; • Acesso à cozinha e fonte de energia utilizada para cozinhar; • Acesso as tecnologias de informação e comunicação, áudio e vídeo; • Inventários de bens de equipamentos.
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo; • Idade; • Estado civil; • Migração interna;
INCAPACIDADE	<ul style="list-style-type: none"> • População com incapacidade; • População com deficiência.
EDUCAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência escolar; • Nível de instrução; • Abandono escolar; • Idade que deixou de frequentar um estabelecimento de ensino; • Tempo gasto para chegar no estabelecimento de ensino; • Meio de transporte utilizado para chegar no estabelecimento de ensino; • Problemas enfrentado no estabelecimento de ensino; • Tempo dedicado nas tarefas escolares; • Frequência de formação profissional.
TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • População que tem telemóvel; • População que utilizaram computador nos últimos 3 meses; • Frequência de utilização de computador; • Atividades realizadas com o computador; • Tipo de local que utilizou computador; • População que utilizaram internet nos últimos 3 meses; • Frequência de utilização de internet; • Atividades realizadas usando a internet; • Tipo de local que acedeu a internet; • Tipo de equipamentos que acedeu a internet; • Compras feitas usando a internet; • Razão de não ter usado a internet.
MERCADO DE TRABALHO	<ul style="list-style-type: none"> • População perante atividade económica (empregada, desempregada e inativa); • Taxa de emprego • Taxa de subemprego • Taxa de desemprego • Taxa de inatividade • Profissão, • Ramo e sector de atividade; • Situação perante a profissão (para quem trabalha) • Horas trabalhadas; • Salário • Razões para a não procura de emprego
OUTRAS FORMAS DE TRABALHO	<ul style="list-style-type: none"> • População que fez trabalho para o próprio consumo e construção para o próprio uso; • População que fez trabalho voluntário; • População que fez trabalho de cuidados de pessoas; • População que fez trabalho doméstico (afazeres domésticos).

TRABALHO INFANTIL	<ul style="list-style-type: none"> • Demográficos • Vivência com os pais e orfandade • Educação e abandono escolar • Situação perante atividade económica • Principais atividades económicas • Ocupação / Profissão • Crianças em trabalho infantil a abolir • Atividades não remuneradas • Condições de vida • Acesso e utilização das TIC
CULTURA E LAZER	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidade Linguística; • Hábitos de leitura; • Acesso à informação; • Utilização de computador; • Utilização de internet; • Hábitos e práticas do lazer; • Despesas em atividades de lazer, culturais e desportivas associados ao lazer; • Emprego cultural.

SEGREDO ESTATÍSTICO (Art.10º da lei nº 35/VII/2009)

As informações solicitadas neste questionário são confidenciais e só serão utilizadas para fins estatísticos

I. IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE

I - IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR E DO CONTROLADOR

Inquiridor _____

Código do Inquiridor |_|_|_|_|

Controlador

II - IDENTIFICAÇÃO DO ALOJAMENTO - AUTOMÁTICO

$$\begin{array}{c} | \\ \hline \end{array} - \begin{array}{cc} | & | \\ \hline & \end{array} - \begin{array}{ccc} | & | & | \\ \hline & & \end{array} - \begin{array}{ccc} | & | & | \\ \hline & & \end{array} - \begin{array}{cccc} | & | & | & | \\ \hline & & & \end{array} - \begin{array}{ccc} | & | & | \\ \hline & & \end{array}$$
CONCELHO

FREGUESIA

DR

Nº PONTO

ALOJAMENTO

AA0200 – VALIDADE DO ALOJAMENTO



1			Válido
---	--	--	--------

2 | | Inválido ==> FIM DA ENTREVISTA

III - LOCALIZAÇÃO DO ALOJAMENTO

AA0201 – Rua, Av., etc.

AA0202 – Outras referências

AA0205 – N° de porta | | | |

AA0206 – Andar | | |

AA0207 – Lado | | | |

CARACTERIZAÇÃO DO CONTACTO/ ENTREVISTA

Data da entrevista.....|_|_|_|_|_|_|_|
Dia Mês Ano

Número total de tentativas de contacto efetuadas ao alojamento..... | |

IV - IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE DO ALOJAMENTO

Nome: _____

Telefone para Contacto |_|_|_|_|_|_|_| ou |_|_|_|_|_|_|_|

Email de contacto: _____@_____

A PREENCHER NO FIM DA ENTREVISTA

AA0401 – RESULTADO DA ENTREVISTA

1		Completa
---	--	----------

5 | | Residência secundária / sazonal

2 | | Incompleta

6 | | Casa vazia

3 | | Incapacitado(a) doente

7 | | Recusa

4 | Moradores ausentes

8 | | Outro (Especifique)

II. CARACTERÍSTICAS DO ALOJAMENTO

AA0301 - TIPO DO ALOJAMENTO

- 1 ☐ Moradia independente
- 2 ☐ Apartamento
- 3 ☐ Barraca (Casa de lata / bidão, casa madeira)
- 4 ☐ Contentor
- 5 ☐ Improvisado em edifício (garagem, escola, fabrica)
- 6 ☐ Outro local habitado

AA0302 – SITUAÇÃO DO ALOJAMENTO

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Residência principal / habitual |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Residência secundária / uso sazonal |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Alojamento vazio |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Alojamento ocupado para outros fins |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Alojamento inacessível |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Outra situação (especifique) |

FIM DA ENTREVISTA

AA0605- DISPONIBILIDADE PARA RESPONDER A ENTREVISTA

- 1 | ☐ | Disponível
2 | ☐ | Indisponível ==> **FIM DA ENTREVISTA**

REGIME DE COABITAÇÃO

AA0303 Quantos agregados vivem neste alojamento?

- 1 ☐ Único agregado familiar
2 ☐ Dois agregados familiares
3 ☐ Três ou mais agregados



ATENÇÃO !

NO CASO DE HOUVER MAIS DO QUE UM AGREGADO FAÇA A ENTREVISTA NUM ÚNICO AGREGADO E COMECE COM O QUE ESTIVER DISPONÍVEL NO MOMENTO

AA0304 O seu agregado ocupa este alojamento na condição de: (LER AS MODALIDADES)

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Proprietário / Co-proprietário |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Arrendatário / sub- arrendatário |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Cedido pelo empregador |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Cedido de outra forma |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Outra forma |

AA0305 | INQUIRIDOR: O agregado é selecionado para responder o MÓDULO CULTURA E LAZER?

NOVO!

- 1** | ☐ Sim **2** | ☐ Não

III. MÓDULO CONDIÇÕES DE VIDA

CARACTERÍSTICAS EXTERIOR DO EDIFÍCIO

CV001 Indique o principal material utilizado no revestimento exterior da parede de frente do edifício:

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Revestida com reboco e <u>sem pintura</u> |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Revestida com reboco e com pintura ou marmorite |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Revestida com azulejos, ladrilhos ou com outro material cerâmico |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Revestida com outros materiais (vidro, madeira, pedra rústica, mármore, granito, etc.) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Sem revestimento e com <u>pedra</u> à vista |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Sem revestimento e com <u>bloco</u> à vista |

CV002 Indique o tipo de cobertura do edifício e os materiais utilizados no seu revestimento:

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Inclinada, revestida com telhas (fibrocimento, metálicas, etc.) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Inclinada, revestida com betão |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Inclinada, revestida com palha |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Inclinada, revestida com chapas metálicas “bidão” |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Inclinada, revestida com outro material |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Em terraço (betão armado) |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Misto (inclinada e em terraço) |



Nota:

Se o alojamento estiver situado num edifício com vários pisos considere a cobertura do último piso, a cobertura do edifício.

CARACTERÍSTICAS INTERIORES DO ALOJAMENTO

CV003 Quantas divisões tem este alojamento, sem contar com cozinha, casa de banho, corredor, ...?

Número de divisões | | |

CV004 O seu agregado familiar utiliza habitualmente todas as divisões do alojamento?

1	Sim ==> Passa a CV006	2	Não
---	------------------------------	---	-----

CV005 Então, quantas divisões utiliza habitualmente o seu agregado?



Número de divisões | | |


CV006 Destas, quantas divisões utiliza habitualmente para dormir?



Número de divisões |__|__|

CV007	O principal material utilizado no pavimento (chão) é:	(LER AS MODALIDADES)
-------	---	----------------------

- | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-------------------|---|--------------------------|-------------------|---|--------------------------|--------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Cimento | 3 | <input type="checkbox"/> | Mosaico | 5 | <input type="checkbox"/> | Terra |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Madeira / Parquet | 4 | <input type="checkbox"/> | Mármore / granito | 6 | <input type="checkbox"/> | Outro (sintético, cortiça, borracha) |

ACESSO À ELETRICIDADE	
CV008	O alojamento tem eletricidade (luz eléctrica)?
1 <input type="checkbox"/>	Sim
2 <input type="checkbox"/>	Não ==> Passe a CV010
CV009	Qual é a principal fonte/origem da eletricidade que usa neste alojamento: (LER AS MODALIDADES)
1 <input type="checkbox"/>	Rede Pública
2 <input type="checkbox"/>	Painel solar
3 <input type="checkbox"/>	Gerador / motor a diesel/gasóleo
4 <input type="checkbox"/>	Eólica (vento)
5 <input type="checkbox"/>	Outra
 ATENÇÃO !	
TODOS PASSAM A CV011	
CV010	Qual é a principal forma de iluminação neste alojamento ?
1 <input type="checkbox"/>	Vela
2 <input type="checkbox"/>	Petróleo
3 <input type="checkbox"/>	Gás
4 <input type="checkbox"/>	Outro
ACESSO À ÁGUA	
CV011	O alojamento tem ligação à rede pública de distribuição de água? Se sim, pergunta se a água sai na cozinha e/ou sai na casa de banho, ou se fica no quintal.
1 <input type="checkbox"/>	Sim, no interior do alojamento
2 <input type="checkbox"/>	Sim, no exterior do alojamento
3 <input type="checkbox"/>	Não tem água canalizada da rede pública ==> Passe a CV013
CV012	A maior parte da água que o seu agregado consome diariamente vem da rede pública?
1 <input type="checkbox"/>	Sim ==> Passe a CV014
2 <input type="checkbox"/>	Não
CV013	Qual é a principal forma de abastecimento de água que utilizam no agregado familiar? Se a resposta for OUTRA FONTE pergunte se a FONTE É PROTEGIDA OU NÃO
1 <input type="checkbox"/>	Vizinhos
2 <input type="checkbox"/>	Chafariz
3 <input type="checkbox"/>	Autotanque ==> Passe a CV014
4 <input type="checkbox"/>	Furo
5 <input type="checkbox"/>	Outra fonte protegida (Poço, nascente)
6 <input type="checkbox"/>	Outra fonte não protegida (Poço, Nascente, levada, Outro)
CV013A	Habitualmente, quem se desloca à principal fonte para ir buscar água?
1 <input type="checkbox"/>	Uma mulher adulta (de 25 anos ou mais)
2 <input type="checkbox"/>	Um homem adulto (de 25 anos ou mais)
3 <input type="checkbox"/>	Uma mulher jovem (de 15-24 anos)
4 <input type="checkbox"/>	Um homem jovem (de 15-24 anos)
5 <input type="checkbox"/>	Criança Feminino (menos de 15 anos)
6 <input type="checkbox"/>	Criança Masculino (menos de 15 anos)
 ATENÇÃO !	
<i>Questione a idade e o sexo da pessoa por forma poder registar a resposta correcta.</i>	
CV013B	Habitualmente, quanto tempo, aproximadamente, gastam para chegar à principal fonte de água, para apanhar a água e voltar para o alojamento?
Número de minutos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 999 - Não sabe / Não responde	
CV014	A água que utilizam para beber provém da mesma fonte?
1 <input type="checkbox"/>	Sim ==> Passe a CV016
2 <input type="checkbox"/>	Não

CV015	Qual é a principal fonte de água para beber? Se a resposta for OUTRA FONTE pergunte se a FONTE É PROTEGIDA OU NÃO	
1 <input type="checkbox"/>	Vizinhos	5 <input type="checkbox"/> Outra fonte protegida (Poço, nascente)
2 <input type="checkbox"/>	Chafariz	6 <input type="checkbox"/> Outra fonte não protegida (Poço, Nascente, levada, Outro)
3 <input type="checkbox"/>	Autotanque ==> Passe a CV014	7 <input type="checkbox"/> Água engarrafada ==> Passe a CV018
4 <input type="checkbox"/>	Furo	
CV016	Costumam tratar a água que utilizam para beber ? Se sim, com que regularidade?	
1 <input type="checkbox"/>	Sim, regularmente	3 <input type="checkbox"/> Não ==> Passe a CV018
2 <input type="checkbox"/>	Sim, mas raras vezes	
CV017	Como é feito o tratamento da água que utilizam para beber?	
1 <input type="checkbox"/>	Lixívia	3 <input type="checkbox"/> Filtra
2 <input type="checkbox"/>	Ferve	4 <input type="checkbox"/> Outro
ACESSO AO SANEAMENTO		
CV018	O alojamento tem sanita ou latrina? Se tem sanita, diga se tem ou não autoclismo.	
1 <input type="checkbox"/>	Sanita com autoclismo	3 <input type="checkbox"/> Latrina
2 <input type="checkbox"/>	Sanita sem autoclismo	4 <input type="checkbox"/> Não tem sanita nem latrina ==> Passe a CV021
CV019	Compartilha a sanita ou a latrina com outro agregado familiar?	
1 <input type="checkbox"/>	Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
CV020	A sanita / latrina deste alojamento está ligado a: (LER AS MODALIDADES)	
1 <input type="checkbox"/>	Rede pública de esgoto	==> (não válido para latrina)
2 <input type="checkbox"/>	Fossa séptica	==> (não válido para latrina)
3 <input type="checkbox"/>	Fossa rudimentar	 ATENÇÃO!
4 <input type="checkbox"/>	Vala	
5 <input type="checkbox"/>	Natureza (mar, encosta, etc.)	
6 <input type="checkbox"/>	Outro	
CV021	O alojamento tem banheira ou “poliban” com chuveiro?	
1 <input type="checkbox"/>	Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
CV022	Onde costumam deitar as águas sujas da lavagem da roupa, da limpeza e do banho?	
1 <input type="checkbox"/>	Fossa séptica / rede esgoto	3 <input type="checkbox"/> Natureza (mar, encosta, ribeiras)
2 <input type="checkbox"/>	Redor da casa	4 <input type="checkbox"/> Outro
CV022A	Habitualmente, onde os membros do seu agregado lavam as mãos?	
1 <input type="checkbox"/>	Lugar fixo (lavatório/ torneira/ balde/ bacia/ canca/ lata) no alojamento	
2 <input type="checkbox"/>	No jardim/quintal	
3 <input type="checkbox"/>	Utensílio movel (balde/ bacia/ caneca/ lata)	
4 <input type="checkbox"/>	Não tem lugar para lavar as mãos ==> Passe a CV023	
8 <input type="checkbox"/>	Outro (especificar)	
9 <input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde	
CV022B	Há água no local para a lavagem das mãos?	
1 <input type="checkbox"/>	Há água	
2 <input type="checkbox"/>	Não há água	
9 <input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde	

CV022C	Há sabão, sabão líquido ou outro detergente (líquido ou em pó) para lavagem das mãos no local?		
1 <input type="checkbox"/>	Sabão ou detergente	3 <input type="checkbox"/>	Nenhum
2 <input type="checkbox"/>	Cinza, lama, areia	9 <input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde
CV023	O lixo deste agregado é : (LER AS MODALIDADES)		
1 <input type="checkbox"/>	Colocado em contentor		
2 <input type="checkbox"/>	Recolhido pelo carro de lixo		
3 <input type="checkbox"/>	Enterrado / queimado		
4 <input type="checkbox"/>	Jogado ao redor da casa		
5 <input type="checkbox"/>	Jogado na natureza (mar, encosta, ribeiras)		
6 <input type="checkbox"/>	Outro		
ACESSO À COZINHA E FONTE DE ENERGIA UTILIZADA PARA COZINHAR			
CV024	O alojamento tem cozinha?		
1 <input type="checkbox"/>	Sim, no interior do alojamento	3 <input type="checkbox"/>	Tem kitchenette
2 <input type="checkbox"/>	Sim no exterior do alojamento	4 <input type="checkbox"/>	Não tem cozinha nem kitchenette
CV025	Habitualmente, o que costumam utilizar para cozinhar: (LER AS MODALIDADES)		
3 <input type="checkbox"/>	Gás	3 <input type="checkbox"/>	Carvão / Madeira
4 <input type="checkbox"/>	Lenha	4 <input type="checkbox"/>	Electricidade
		5 <input type="checkbox"/>	Outro
		6 <input type="checkbox"/>	Não prepara
ACESSO A TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO, AUDIO E VIDEO			
CV026	No seu agregado familiar há telefone fixo?		
1 <input type="checkbox"/>	Sim	2 <input type="checkbox"/>	Não
CV027	No seu agregado familiar há aparelho(s) de rádio funcional? (Inclui os incorporados em outros aparelhos. Ex: aparelhagem)		
1 <input type="checkbox"/>	Sim	2 <input type="checkbox"/>	Não
CV028	No seu agregado familiar há aparelho(s) de televisão funcional?		
1 <input type="checkbox"/>	Sim	2 <input type="checkbox"/>	Não ==> Passe a CV031
CV029	Quantos aparelhos de televisão funcional existem no seu agregado?		
NÚMERO DE APARELHOS DE TELEVISÃO <input type="text"/>			
CV030	No seu agregado familiar há aparelho de televisão com canais por assinatura, à cabo, via satélite ou via internet? Por exemplo: ZAP, XCTV, BoomTV, TVCABO/ZON, IPTV, CASA +TV.		
1 <input type="checkbox"/>	Sim	2 <input type="checkbox"/>	Não
CV031 (A a C)	Algum membro do seu agregado possui um computador (desktop), um portátil (laptop) ou tablet / ipad?		
A. Computador de secretária – desktop	1.Sim <input type="checkbox"/>	2.Não <input type="checkbox"/>	 Leia as modalidades uma a uma. Exclui telemóvel ou smart phone
B. Computador portátil - laptop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C. Tablet / Ipad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CV031D	Quantos computadores (desktop, laptop, tablet e Ipad) existem no seu agregado?		
NÚMERO DE COMPUTADORES <input type="text"/>			

CV032	Algun membro do seu agregado tem acesso à internet no alojamento?	
1	<input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não ==> Passe a CV034
CV033 (A a E)	Qual desses serviços que utilizam para conectar à internet no alojamento?	
	1.Sim	2.Não
A. BANDA LARGA (ADSL, FIBRA OPTICA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. PEN 3G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. NET MOVEL (no Telemovel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Sinal praças digitais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Rede do vizinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	==> Se 1 ou 2 passe a CV035	
CV034 (A a L)	Quais os motivos para não possuírem acesso à internet no seu alojamento? MARQUE TODOS OS MENSIONADOS	
A. <input type="checkbox"/> Custo do equipamento é elevado B. <input type="checkbox"/> Custo do serviço de internet é elevado C. <input type="checkbox"/> Tem acesso à internet em outro lugar D. <input type="checkbox"/> Falta de habilidade / Não sabe usar internet E. <input type="checkbox"/> Não precisa(não tem interesse / não é útil) F. <input type="checkbox"/> Não tem rede de internet na zona G. <input type="checkbox"/> Serviço internet está disponível, mas não corresponde às necessidades (ex: velocidade e qualidade) H. <input type="checkbox"/> Privacidade ou preocupações de segurança I. <input type="checkbox"/> Razões culturais J. <input type="checkbox"/> Falta de conteúdo local K. <input type="checkbox"/> Alojamento não tem electricidade L. <input type="checkbox"/> Outro X. <input type="checkbox"/> Não sabe / não respondeu		
INVENTÁRIO DE BENS DE EQUIPAMENTO E DE ANIMAIS		
CV035 (De A a G)	No seu agregado familiar existem alguns dos seguintes equipamentos de audio ou de vídeo: Considere somente os que estão em funcionamento. (FAÇA A PERGUNTA POR CADA UMA DAS MODALIDADES)	
	1.Sim	2.Não
A. APARELHAGEM DE SOM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. LEITOR DE DVD OU VIDEO CASSETE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. LEITOR DE CD's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. LEITOR MP3 ou MP4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. CÂMARA DE VÍDEO (EXCUI TELEMÓVEIS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. EQUIPAMENTO FOTOGRÁFICO (EXCUI TELEMÓVEIS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. CONSOLA DE JOGOS (PSP, NINTENDO, WII)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CV036	Algun membro do seu agregado familiar possui automóvel que sirva ao agregado todo, em casos de necessidade?	
1	<input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não ==> Passe a CV038
CV037	Quantos automóveis, nestas condições existem o seu agregado familiar?	
NÚMERO DE AUTOMÓVEIS <input type="text"/>		

CV038	Algun membro do seu agregado familiar possui moto ou motocicleta, que sirva ao agregado todo, em casos de necessidades?	
1	<input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não ==> Passe a CV040
CV039	Quantas motos ou motocicletas, nestas condições existem no seu agregado familiar?	
NÚMERO DE MOTAS OU MOTOCICLETAS <input type="text"/> <input type="text"/>		
CV040 (De A a L)	No seu agregado familiar existem os seguintes bens e equipamentos? Considere somente os que estão em funcionamento. (LER OS BENS UM A UM)	
	1.Sim	2.Não
A. FOGÃO A GÁS OU ELECTRICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. CAMPING GÁS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. FRIGORIFICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ARCA CONGELADORA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. MICROONDAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. MAQUINA LAVAR ROUPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. ESQUENTADOR OU TERMOACUMULADOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. APARELHO DE AR CONDICIONADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. VENTONHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. MÁQUINA COSTURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. FERRO DE ENGOMAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CV041 (De A a G)	Algun membro do seu agregado familiar possui os seguintes equipamentos, terrenos ou transporte que utiliza para a prática de uma actividade económica (agricultura, pesca ou comércio)? (LER CADA UM DOS EQUIPAMENTOS)	
	1.Sim	2.Não
A. BOTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. TERRENO PARA AGRICULTURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. TRACTOR E EQUIPAMENTO AGRÍCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. TAXI, HIACE OU CAMIÃO, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. TERRENO PARA HABITAÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. OUTRO TIPO DE TERRENO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. ESPAÇO PARA COMÉRCIO (LOJA) OU OFICINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CV042	No seu agregado familiar existe (em) animal (ais) de criação? (tais como: vaca/boi, burro/mula, cavalo, cabra/bode, carneiro/ovelha, porcos/porcas, galinha/galo, patos, perú, pombos, coelhos)	
1	<input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
CV998	Quem respondeu ao Módulo de condições de vida?	
Número de linha de quem respondeu <input type="text"/> <input type="text"/>		
CV999	Resultado da entrevista do Módulo Condições de Vida	
1	<input type="checkbox"/> Completa	2 <input type="checkbox"/> Incompleta

IV. MÓDULO CARATERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

LISTA DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR	
CD001	Quantas pessoas fazem parte deste agregado familiar, pessoas que dormem e comem habitualmente aqui neste alojamento?
TOTAL DE PESSOAS NO AGREGADO FAMILIAR __ __	
<p>Diga-me se faz favor, o primeiro e o último nome de todas as pessoas que vivem neste agregado, as pessoas que dormem e comem habitualmente neste agregado, iniciando pelo representante do agregado.</p> <p>De seguida liste o cônjuge, se existir, os filhos, do mais velho para o mais novo, depois as pessoas com outras relações de parentesco, tanto possível do mais velho para o mais novo.</p>	
CD002 Nº ordem	CD003 – NOME (Primeiro e último apelido)
01	[NOME DO REPRESENTANTE DO AGREGADO]
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	
CD004	Qual é o sexo de (NOME)?
1	<input type="checkbox"/> Masculino
2	<input type="checkbox"/> Feminino
CD005	Qual é a data de nascimento de (NOME)?
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS </div> <div style="text-align: center;">-</div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANO </div> </div>	
CD006	Qual é a idade (em anos completos) de (NOME)?
Idade (anos) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
CD007	Qual é a relação de parentesco entre (NOME) e o representante do agregado (Nome representante)?
1	<input type="checkbox"/> Representante do agregado
2	<input type="checkbox"/> Cônjuge/marido ou esposa/parceiro(a) em união
3	<input type="checkbox"/> Filho(a) do representante e cônjuge
4	<input type="checkbox"/> Filho(a) só do representante
5	<input type="checkbox"/> Filho só do cônjuge do representante (enteado(a))
6	<input type="checkbox"/> Pai do representante
7	<input type="checkbox"/> Mãe do representante
8	<input type="checkbox"/> Sogro(a)
9	<input type="checkbox"/> Nora / genro
10	<input type="checkbox"/> Irmã / Irmão
11	<input type="checkbox"/> Neta(o) ou bisneta(o)
12	<input type="checkbox"/> Avô(ó) / bisavô(ó)
13	<input type="checkbox"/> Outro parentesco (tia(o), prima(o), etc.)
14	<input type="checkbox"/> Empregada doméstica
15	<input type="checkbox"/> Sem parentesco (amigos)
FILTRO 1: ESTADO CIVIL – PARA INDIVÍDUOS DE 12 ANOS E MAIS	
CD008	Qual é o estado civil de (NOME)?
1	<input type="checkbox"/> Solteiro(a)
2	<input type="checkbox"/> Casado(a) legalmente
3	<input type="checkbox"/> União de facto (legalizada ou não)
4	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)
5	<input type="checkbox"/> Separado(a)
6	<input type="checkbox"/> Viúvo(a)
} Passe a CD010	
CD009	(NOME) Está a viver ou alguma vez viveu maritalmente com um(a) companheiro(a)?
1	<input type="checkbox"/> Sim, está a viver
2	<input type="checkbox"/> Não, mas já viveu no passado
3	<input type="checkbox"/> Nunca viveu
9	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
FILTRO 2: PARA TODOS OS INDIVÍDUOS	
CD010	Onde a mãe de (NOME) morava quando (NOME) nasceu?
1	<input type="checkbox"/> Neste concelho ==> Passe a CD014
2	<input type="checkbox"/> Noutro concelho
3	<input type="checkbox"/> Estrangeiro ==> Passe a CD013
CD011	Qual é o concelho de nascimento de (NOME)?
CÓDIGO DO CONCELHO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ==> Passe a CD014	
CD013	Qual é o país estrangeiro de nascimento de (NOME)?
CÓDIGO DO PAÍS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
CD012	Em que ano (NOME) chegou a Cabo Verde pela primeira vez?
ANO QUE CHEGOU A CABO VERDE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
9999 – Não sabe / Não responde	

CD014	Qual é a nacionalidade de (NOME)? Se cabo-verdiana, perguntar se (Nome) tem outra nacionalidade.	
1	<input type="checkbox"/> Caboverdiana ==> Passe a CD018	3 <input type="checkbox"/> Estrangeiro
2	<input type="checkbox"/> Dupla ==> Passe a CD016	
CD015	Qual o país de nacionalidade estrangeira de (NOME)?	
CÓDIGO DO PAÍS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ==> Passe a CD018		
CD016	Qual é a primeira nacionalidade de (NOME): a cabo-verdiana ou a estrangeira?	
1	<input type="checkbox"/> Caboverdeana	2 <input type="checkbox"/> Estrangeiro
CD017	Qual o país estrangeiro de dupla nacionalidade de (NOME)?	
CÓDIGO DO PAÍS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
CD018	Há quanto tempo (NOME) reside neste concelho?	
1	<input type="checkbox"/> Desde que nasceu ==> Passe a CD024A	3 <input type="checkbox"/> Um ano ou mais
2	<input type="checkbox"/> Menos de 1 ano ==> Passe a CD019	
CD018A	Há quantos anos (NOME) reside neste concelho?	
Nº anos <input type="text"/> <input type="text"/> ==> Passe a CD024A se o nº de ano for maior que 5		
FILTRO 3: PARA TODOS INDIVÍDUOS COM IDADE >= 1		
CD019	Onde (NOME) residia há exatamente 1 ano (12 meses)?	
1	<input type="checkbox"/> Neste concelho ==> Passe a CD022	3 <input type="checkbox"/> Estrangeiro ==> Passe a CD021
2	<input type="checkbox"/> Noutro concelho	
CD020	Qual é o concelho de residência de (NOME) há 1 ano?	
CÓDIGO DO CONCELHO <input type="text"/> <input type="text"/> ==> Passe a CD022		
CD021	Qual é o país de residência de (NOME) há 1 ano?	
CÓDIGO DO PAÍS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
FILTRO 4: PARA TODOS INDIVÍDUOS COM IDADE >= 5		
CD022	Onde (NOME) residia há exatamente 5 anos?	
1	<input type="checkbox"/> Neste concelho ==> Passe a CD024A	3 <input type="checkbox"/> Estrangeiro ==> Passe a CD024
2	<input type="checkbox"/> Noutro concelho	
CD023	Qual é o concelho de residência de (NOME) há exatamente 5 anos?	
CÓDIGO DO CONCELHO <input type="text"/> <input type="text"/> ==> Passe a CD024A		
CD024	Qual é o país de residência de (NOME) há exatamente 5 anos?	
CÓDIGO DO PAÍS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
FILTRO 5: SÓ PARA CRIANÇAS COM IDADE MENOR OU IGUAL A 17 ANOS (IDADE <= 17)		
CD024A	(NOME) foi registado?	
1	<input type="checkbox"/> Sim	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
2	<input type="checkbox"/> Não	

NOVO!

CD025	A mãe biológica / adotiva de (NOME) está viva? Se sim, pergunte se ela vive ou não no agregado familiar?	
1	<input type="checkbox"/> Sim, vive no agregado	3 <input type="checkbox"/> Não ==> Passe a CD027
2	<input type="checkbox"/> Sim, mas não vive no agregado ==> Passe a CD026C	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde ==> Passe a CD027
CD026	Indique o número de ordem e nome da mãe biológica / adotiva de (NOME):	
CD026A - Número de linha da mãe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CD026B - Nome da mãe: _____ ==> Passe a CD027		
CD026C	Onde vive a mãe biológica / adotiva de (NOME)?	NOVO!
1	<input type="checkbox"/> Vive no estrangeiro	
2	<input type="checkbox"/> Em outro agregado familiar no mesmo concelho	
3	<input type="checkbox"/> Em outro agregado familiar num outro Concelho / Ilha	
4	<input type="checkbox"/> Instituição penitenciária (prisão)	
5	<input type="checkbox"/> Instituição de saúde	
6	<input type="checkbox"/> Outra instituição	
9	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde ==> Passe a CD027	
CD026D	Com que frequência (NOME) tem contacto (físico ou por telefone) com a mãe?	NOVO!
1	<input type="checkbox"/> Todos os dias	
2	<input type="checkbox"/> Várias vezes por semana	
3	<input type="checkbox"/> Uma vez por semana	
4	<input type="checkbox"/> Quinzenalmente	
5	<input type="checkbox"/> Algumas vezes por mês	
6	<input type="checkbox"/> Raramente	
7	<input type="checkbox"/> Somente em épocas especiais do ano (natal / aniversário / férias)	
8	<input type="checkbox"/> Nunca	
9	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde	
CD026E	(NOME) tem apoio financeiro por parte da mãe? Se sim, com que frequência: mensalmente ou esporadicamente?	NOVO!
1	<input type="checkbox"/> Sim, mensalmente	
2	<input type="checkbox"/> Sim, mas esporadicamente	
3	<input type="checkbox"/> Não	
9	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde	
CD027	O pai biológico / adotivo de (NOME) está vivo? Se sim, pergunte se ele vive ou não agregado familiar?	
1	<input type="checkbox"/> Sim, vive no agregado	3 <input type="checkbox"/> Não ==> Passe a MI001
2	<input type="checkbox"/> Sim, mas não vive no agregado ==> Passe a CD029	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde ==> Passe a MI001
CD028	Indique o número de ordem e nome do pai biológico / adotivo de (NOME):	
CD028A Número de linha do pai <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CD028B Nome do pai: _____ ==> Passe a MI001		

CD029	Onde vive o pai biológico / adotivo de (NOME)?	NOVO!
1	<input type="checkbox"/> Vive no estrangeiro	
2	<input type="checkbox"/> Em outro agregado familiar no mesmo concelho	
3	<input type="checkbox"/> Em outro agregado familiar num outro concelho / Ilha	
4	<input type="checkbox"/> Instituição penitenciária (prisão)	
5	<input type="checkbox"/> Instituição de saúde	
6	<input type="checkbox"/> Outra instituição	
10	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde ==> Passe a MI001	
CD030	Com que frequência (NOME) tem contacto (físico ou por telefone) com o pai?	NOVO!
1	<input type="checkbox"/> Todos os dias	
2	<input type="checkbox"/> Várias vezes por semana	
3	<input type="checkbox"/> Uma vez por semana	
4	<input type="checkbox"/> Quinzenalmente	
5	<input type="checkbox"/> Algumas vezes por mês	
6	<input type="checkbox"/> Raramente	
7	<input type="checkbox"/> Somente em épocas especiais do ano (natal / aniversário / férias)	
8	<input type="checkbox"/> Nunca	
9	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde	
CD031	(NOME) tem apoio financeiro por parte do pai? Se sim, com que frequência: mensalmente ou esporadicamente?	NOVO!
1	<input type="checkbox"/> Sim, mensalmente	
2	<input type="checkbox"/> Sim, mas esporadicamente	
3	<input type="checkbox"/> Não	
9	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde	

V. MÓDULO INCAPACIDADE



FILTRO 6: PARA OS INDIVÍDUOS DE 5 ANOS OU MAIS			
MI001	(NOME) tem ou considera ter dificuldade em ver?		
1	<input type="checkbox"/> Sim	9	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde ==> Passe a MI004
2	<input type="checkbox"/> Não ==> Passe a MI004		
MI002	(NOME) utiliza dispositivo de compensação (óculos ou lentes de contacto) ou fez cirurgia nos olhos com objetivo de facilitar a visão?		
1	<input type="checkbox"/> Sim, utiliza óculos	3	<input type="checkbox"/> Fez cirurgia
2	<input type="checkbox"/> Sim, utiliza lentes de contacto	4	<input type="checkbox"/> Não utiliza, nem fez cirurgia ==> Passe a MI004
MI003	(NOME) tem dificuldade em ver mesmo usando óculos ou lentes de contacto: (LEIA TODAS AS MODALIDADES)		
1	<input type="checkbox"/> Não tem dificuldade	3	<input type="checkbox"/> Tem muita dificuldade
2	<input type="checkbox"/> Tem alguma dificuldade	4	<input type="checkbox"/> Não consegue ver de modo algum
MI004	(NOME) tem ou considera ter dificuldade em ouvir?		
1	<input type="checkbox"/> Sim	9	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde ==> Passe a MI007
2	<input type="checkbox"/> Não ==> Passe a MI007		
MI005	(NOME) utiliza dispositivo de compensação (aparelho auditivo) ou fez cirurgia aos ouvidos com objetivo de facilitar a audição		
1	<input type="checkbox"/> Sim, utiliza aparelho auditivo	3	<input type="checkbox"/> Não utiliza, nem fez cirurgia ==> Passe a MI007
2	<input type="checkbox"/> Sim, fez cirurgia nos ouvidos		
MI006	(NOME) tem (considera ter) dificuldade em ouvir mesmo utilizando dispositivo de compensação (aparelho auditivo), ou após a cirurgia aos ouvidos? (LEIA TODAS AS MODALIDADES)		
1	<input type="checkbox"/> Não tem dificuldade	3	<input type="checkbox"/> Tem muita dificuldade
2	<input type="checkbox"/> Tem alguma dificuldade	4	<input type="checkbox"/> Não consegue ouvir de modo algum
MI007	(NOME) tem (considera ter) dificuldade em andar (locomover-se) ou subir/descer degraus?		
1	<input type="checkbox"/> Sim	9	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde ==> Passe a MI010
2	<input type="checkbox"/> Não ==> Passe a MI010		
MI008	(NOME) utiliza (ou necessita) regularmente algum desses dispositivos de compensação com objetivo de facilitar a sua locomoção: (LER UMA A UMA)		
	1.SIM UTILIZA	2. SIM, NECESSITA	3. NÃO UTILIZA, NEM NECESSITA
A. Canadiana ou Muleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Andarilho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Cadeira de roda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Prótese de membro inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Prótese de membro superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Ortóteses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



FILTRO 7: SE IM008A=1 OU IM008B=1 OU IM008C=1 OU IM008D=1 OU IM008E=1 OU IM008F=1 OU IM008G=1	
MI009	(NOME) tem (considera ter) DIFICULDADE EM ANDAR (LOCOMOVER-SE) OU SUBIR/DESCER DEGRAUS mesmo utilizando o dispositivo de compensação: (LEIA TODAS AS MODALIDADES)
1 <input type="checkbox"/>	Não tem dificuldade
2 <input type="checkbox"/>	Tem alguma dificuldade
3 <input type="checkbox"/>	Tem muita dificuldade
4 <input type="checkbox"/>	Não consegue andar ou subir/descer degraus de modo algum
FILTRO 8: PARA OS INDIVÍDUOS DE 5 ANOS OU MAIS	
MI010	(NOME) tem (considera ter) DIFICULDADE EM SE LEMBRAR DAS COISAS, OU EM SE CONCENTRAR? (LEIA TODAS AS MODALIDADES)
1 <input type="checkbox"/>	Não tem dificuldade
2 <input type="checkbox"/>	Tem alguma dificuldade
3 <input type="checkbox"/>	Tem muita dificuldade
4 <input type="checkbox"/>	Não consegue se concentrar ou lembrar de modo algum
MI011	(NOME) tem (considera ter) DIFICULDADE EM CUIDAR DE SI MESMO, como por exemplo: tomar banho da cabeça aos pés ou vestir-se sozinho? (LEIA TODAS AS MODALIDADES)
1 <input type="checkbox"/>	Não tem dificuldade
2 <input type="checkbox"/>	Tem alguma dificuldade
3 <input type="checkbox"/>	Tem muita dificuldade
4 <input type="checkbox"/>	Não consegue se vestir ou tomar banho sozinho de modo algum
MI012	Na sua língua habitual, (NOME) tem (considera ter) DIFICULDADE DE SE COMUNICAR (por exemplo, dificuldade em falar, escutar, entender um diálogo, compreender ou fazer-se compreender pelos outros, transmitir uma informação) na sua língua habitual ? (LEIA TODAS AS MODALIDADES)
1 <input type="checkbox"/>	Não tem dificuldade
2 <input type="checkbox"/>	Tem alguma dificuldade
3 <input type="checkbox"/>	Tem muita dificuldade
4 <input type="checkbox"/>	Não consegue entender os outros ou fazer-se entender de modo algum
FILTRO 9: PARA OS INDIVÍDUOS MAIORES OU IGUAL A 5 ANOS	
ANSIEDADE	
MI013	ANSIEDADE: nos últimos 12 meses com que frequência (NOME) sentiu-se muito ansioso, nervoso ou preocupado: Você diria... (LEIA TODAS AS MODALIDADES)
1 <input type="checkbox"/>	Nunca
2 <input type="checkbox"/>	Algumas vezes por ano
3 <input type="checkbox"/>	Mensalmente
4 <input type="checkbox"/>	Semanalmente
5 <input type="checkbox"/>	Diariamente
9 <input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde
DEPRESSÃO	
MI014	DEPRESSÃO: nos últimos 12 meses com que frequência (NOME) sentiu-se muito triste ou deprimido: Você diria... (LEIA TODAS AS MODALIDADES)
1 <input type="checkbox"/>	Nunca
2 <input type="checkbox"/>	Algumas vezes por ano
3 <input type="checkbox"/>	Mensalmente
4 <input type="checkbox"/>	Semanalmente
5 <input type="checkbox"/>	Diariamente
9 <input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde
FILTRO 10: PARA OS INDIVÍDUOS DE 5 A 17 ANOS	
MI015	Quando (NOME) fala, tem dificuldade para ser entendido por pessoas dentro do agregado: (LEIA TODAS AS MODALIDADES)
1 <input type="checkbox"/>	Não tem dificuldade
2 <input type="checkbox"/>	Tem alguma dificuldade
3 <input type="checkbox"/>	Tem muita dificuldade
4 <input type="checkbox"/>	Não se consegue entender de modo algum

MI016	Quando (NOME) fala, tem dificuldade para ser entendido por pessoas fora do agregado: (LEIA TODAS AS MODALIDADES)	
1 <input type="checkbox"/> Não tem dificuldade	3 <input type="checkbox"/> Tem muita dificuldade	
2 <input type="checkbox"/> Tem alguma dificuldade	4 <input type="checkbox"/> Não se consegue entender de modo algum	
MI017	Em comparação com outras crianças da mesma idade (NOME), tem dificuldade para aprender coisas: (LEIA TODAS AS MODALIDADES)	
1 <input type="checkbox"/> Não tem dificuldade	3 <input type="checkbox"/> Tem muita dificuldade	
2 <input type="checkbox"/> Tem alguma dificuldade	4 <input type="checkbox"/> Não consegue de modo algum	
MI018	Em comparação com outras crianças da mesma idade (NOME), tem dificuldade para RECORDAR coisas: (LEIA TODAS AS MODALIDADES)	
1 <input type="checkbox"/> Não tem dificuldade	3 <input type="checkbox"/> Tem muita dificuldade	
2 <input type="checkbox"/> Tem alguma dificuldade	4 <input type="checkbox"/> Não consegue de modo algum	
MI019	Em comparação com outras crianças da mesma idade, (NOME) tem dificuldade para CONCENTRAR NAS ATIVIDADES QUE GOSTA: (LEIA TODAS AS MODALIDADES)	
1 <input type="checkbox"/> Não tem dificuldade	3 <input type="checkbox"/> Tem muita dificuldade	
2 <input type="checkbox"/> Tem alguma dificuldade	4 <input type="checkbox"/> Não consegue de modo algum	
MI020	Em comparação com outras crianças da mesma idade, (NOME) tem dificuldade PARA ACEITAR MUDANÇAS NA SUA ROTINA DIÁRIA: (LEIA TODAS AS MODALIDADES)	
1 <input type="checkbox"/> Não tem dificuldade	3 <input type="checkbox"/> Tem muita dificuldade	
2 <input type="checkbox"/> Tem alguma dificuldade	4 <input type="checkbox"/> Não consegue de modo algum	
MI021	Em comparação com outras crianças da mesma idade, (NOME) tem dificuldade EM CONTROLAR O SEU COMPORTAMENTO: (LEIA TODAS AS MODALIDADES)	
1 <input type="checkbox"/> Não tem dificuldade	3 <input type="checkbox"/> Tem muita dificuldade	
2 <input type="checkbox"/> Tem alguma dificuldade	4 <input type="checkbox"/> Não consegue de modo algum	
MI022	Em comparação com outras crianças da mesma idade, (NOME) tem dificuldade PARA FAZER AMIGOS: (LEIA TODAS AS MODALIDADES)	
1 <input type="checkbox"/> Não tem dificuldade	3 <input type="checkbox"/> Tem muita dificuldade	
2 <input type="checkbox"/> Tem alguma dificuldade	4 <input type="checkbox"/> Não consegue de modo algum	
MI023	Com que frequência (NOME) se mostra ansioso, nervoso ou preocupado? Diria que: diariamente, semanalmente, mensalmente, varias vezes num ano ou nunca?	
1 <input type="checkbox"/> Nunca	4 <input type="checkbox"/> Semanalmente	
2 <input type="checkbox"/> Algumas vezes por ano	5 <input type="checkbox"/> Diariamente	
3 <input type="checkbox"/> Mensalmente	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde	
MI024	Com que frequência (NOME) se mostra muito triste ou deprimido? Diria que: diariamente, semanalmente, mensalmente, varias vezes num ano ou nunca?	
4 <input type="checkbox"/> Nunca	4 <input type="checkbox"/> Semanalmente	
5 <input type="checkbox"/> Algumas vezes por ano	5 <input type="checkbox"/> Diariamente	
6 <input type="checkbox"/> Mensalmente	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde	

VI. MÓDULO EDUCAÇÃO

FILTRO 11: PARA OS INDIVÍDUOS MENORES DE 4 ANOS

ED00A	Alguma vez (NOME) frequentou ou está a frequentar uma creche / jardim?		NOVO!
1	<input type="checkbox"/> Sim, frequentou	3	<input type="checkbox"/> Nunca frequentou
2	<input type="checkbox"/> Sim, está a frequentar ==> ED004M	9	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde ==> ED004M
ED00B	Qual é a principal razão pela qual (NOME) nunca frequentou ou não está a frequentar uma creche/jardim?		NOVO!
1	<input type="checkbox"/> Não necessita, um familiar/amigo cuida dos filhos	88	<input type="checkbox"/> Outro (Especifique) _____
2	<input type="checkbox"/> Não necessita, prefere pagar alguém para cuidar dele em casa	99	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
3	<input type="checkbox"/> Não confia, não gosta das creches/jardins		
4	<input type="checkbox"/> Por medo de apanharem alguma doença		
5	<input type="checkbox"/> O filho ainda é muito pequeno para ir à creche/jardim		
6	<input type="checkbox"/> Os parentes/familiares não querem		
7	<input type="checkbox"/> Necessita, mas é muito caro		
8	<input type="checkbox"/> Fica longe ou é complicado chegar à creche/jardim mais perto		
9	<input type="checkbox"/> Não encontrou vagas na creche/jardim mais perto do bairro onde mora		
10	<input type="checkbox"/> Os horários são incompatíveis com o horário de trabalho		
TODOS PASSAM A ED004M			

FILTRO 12: PARA OS INDIVÍDUOS DE 6 ANOS OU MAIS

ED001	(NOME) sabe ler e escrever?		
1	<input type="checkbox"/> Sim	9	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
2	<input type="checkbox"/> Não		

FILTRO 13: PARA OS INDIVÍDUOS DE 4 ANOS OU MAIS

ED002	Alguma vez (NOME) frequentou ou está a frequentar um estabelecimento de ensino?
1	<input type="checkbox"/> Nunca frequentou ==> Passe a ED002B
2	<input type="checkbox"/> Frequentou mas já não frequenta
3	<input type="checkbox"/> Sim, está a frequentar

FILTRO 14: SE (IDADE >=4 & IDADE <=24) E (ED002=2 OU ED002=3)

ED002A	(NOME) frequentou um estabelecimento de ensino no ano letivo passado (2021/2022)?	NOVO!	
1	<input type="checkbox"/> Sim	9	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
2	<input type="checkbox"/> Não		

FILTRO 15: SE (IDADE >=4 & IDADE <=24) E (ED002=1 OU ED002=2)

ED002B	Qual é a principal razão pela qual (NOME) nunca frequentou ou não está a frequentar um estabelecimento de ensino?		NOVO!
1	<input type="checkbox"/> Concluiu os estudos	11	<input type="checkbox"/> Medo castigo do professor
2	<input type="checkbox"/> Por opção	12	<input type="checkbox"/> Não gosta da metodologia do professor
3	<input type="checkbox"/> Dificil acesso / distante	13	<input type="checkbox"/> Aguarda Vaga
4	<input type="checkbox"/> Falta de meios / muito caro	14	<input type="checkbox"/> Engravidou
5	<input type="checkbox"/> Teve que trabalhar / ajudar em casa	15	<input type="checkbox"/> Ausência de refeições quentes
6	<input type="checkbox"/> Desnecessário / falta de interesse	16	<input type="checkbox"/> A escola não é segura
7	<input type="checkbox"/> Incapacitado / doente	17	<input type="checkbox"/> Para ajudar nos afazeres domésticos em casa
8	<input type="checkbox"/> Várias reprovações	88	<input type="checkbox"/> Outro (Especifique) _____
9	<input type="checkbox"/> A família não deixa ir a escola	99	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
10	<input type="checkbox"/> Dificuldade de aprendizagem		

FILTRO 16: SE ED002=2 E (IDADE >=7 E IDADE <=24)

ED002C

Que idade tinha (NOME) quando deixou de frequentar um estabelecimento de ensino?

NOVO!

Idade |__|__|

FILTRO 17: SE IDADE (CD006) >= 4 E (ED002=2 OU ED002=3 OU ED002=4)

ED003 & ED003A

Qual é o nível de ensino e a classe/ano mais alto que (NOME) frequentou ou está a frequentar ?

ED003 – NÍVEL

ED003A– CLASSE/ANO

NÍVEL/ANO

1 |__| Pré-escolar

2 |__| Alfabetização

3 |__| Ensino Básico

4 |__| Ensino Secundário

5 |__| Curso Médio

6 |__| Superior

1

1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6

FILTRO 18: SE IDADE (CD006) >= 6 E (ED002=2 OU ED002=3)

ED004

(NOME) concluiu com êxito o último ano frequentado?

1 |__| Sim

9 |__| Não sabe / Não responde

2 |__| Não ==> Passe a ED004AA

FILTRO 19: SE ED002=3 E (IDADE >=7 E IDADE <=24)

ED002D

(NOME) alguma vez reprovou?

NOVO!

1 |__| Sim

2 |__| Não ==> Passe a ED004B

9 |__| Não sabe / Não responde ==> Passe a ED004B

FILTRO 20: SE IDADE (CD006 >= 7 E CD006 <= 24) E (ED002=3 E ED002D=1)

ED004A

Quais foram as três principais razões que levaram (NOME) a reprovar alguma vez? (RESPOSTA MULTIPLA)

NOVO!

A. |__| Inadequação dos currículos

B. |__| Falta de interesse

C. |__| Falta de apoio dos pais

D. |__| Metodologia utilizada pelo professor

E. |__| Indisciplina / mau comportamento

F. |__| Violência ou discriminação (Bulling)

G. |__| Nível de ensino muito elevado

H. |__| Baixa qualificação dos professores

I. |__| Elevado número de alunos por sala

J. |__| Outro (Especifique)_____

X. |__| Não sabe / Não responde

FILTRO 21: SE IDADE (CD006 >= 7 E CD006 <= 24) E ED004=2

ED004AA

Quais foram as três principais razões que levaram (NOME) a não concluir o último ano de estudo frequentado com êxito? (RESPOSTA MULTIPLA)

NOVO!

A. |__| Inadequação dos currículos

B. |__| Falta de interesse

C. |__| Falta de apoio dos pais

D. |__| Metodologia utilizada pelo professor

E. |__| Indisciplina / mau comportamento

F. |__| Violência ou discriminação (Bulling)







G. |__| Nível de ensino muito elevado

H. |__| Baixa qualificação dos professores

I. |__| Elevado número de alunos por sala

J. |__| Outro (Especifique)_____

X. |__| Não sabe / Não responde



FILTRO 22: SE IDADE (CD006 >= 4) E (ED002=3)	
ED004B	Quanto tempo (NOME) demora para chegar ao estabelecimento de ensino? 
1 <input type="checkbox"/> 0 – 14 minutos 2 <input type="checkbox"/> 15 – 29 minutos 3 <input type="checkbox"/> 30 – 44 minutos 4 <input type="checkbox"/> 45 minutos ou mais	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
ED004C	Qual o meio de transporte que (NOME) utiliza para chegar ao estabelecimento de ensino? 
1 <input type="checkbox"/> À pé 2 <input type="checkbox"/> Carro privado 3 <input type="checkbox"/> Transporte coletivo (autocarro ou hiace, taxi) 4 <input type="checkbox"/> Vários meios (transporte e à pé) 8 <input type="checkbox"/> Outro (especifique)_____	
ED004D	Quais os principais problemas que (NOME) enfrenta enquanto estudante no seu estabelecimento de ensino? (MULTIPLA ESCOLHA)? 
A. <input type="checkbox"/> Nenhum problema (está satisfeito) B. <input type="checkbox"/> Professores não qualificados C. <input type="checkbox"/> Falta de professores D. <input type="checkbox"/> Falta de Assiduidade dos professores E. <input type="checkbox"/> Ensino de fraca qualidade F. <input type="checkbox"/> Elevado número de alunos por sala / turma G. <input type="checkbox"/> Horário sobrecarregado H. <input type="checkbox"/> Excesso de trabalhos de casa I. <input type="checkbox"/> Estabelecimento em mau estado de conservação / degradado J. <input type="checkbox"/> Inexistência ou casas de banho não funcionais K. <input type="checkbox"/> Falta de água L. <input type="checkbox"/> Falta de segurança M. <input type="checkbox"/> Propinas caras N. <input type="checkbox"/> Violência ou discriminação (Bulling) O. <input type="checkbox"/> Outra razão (especifique)_____ X. <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde	
FILTRO 23: SE IDADE (CD006 >= 5 E CD006 <= 17) E (ED002=3)	
ENVOLVIMENTO DOS PAIS NA VIDA ESCOLAR	
ED004E	Habitualmente, (NOME) tem tarefas escolares para fazer em casa? 
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não ==> Passe a ED004J 3 <input type="checkbox"/> Não aplicável ==> Passe a ED004J 9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde ==> Passe a ED004J	
ED004F	Habitualmente, quanto tempo (NOME) dedica, diariamente, para as tarefas escolares (estudar, fazer trabalhos de casa e trabalhos de grupo)? 
1 <input type="checkbox"/> Horas 2 <input type="checkbox"/> Minutos ==> Passe a ED004H ED004G - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total de horas ==> Passe a ED004I ED004H - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total de minutos	
ED004I	Alguém ajuda (NOME) a fazer os deveres de escola? Se sim, pergunte se é a mãe, o pai, a mãe e o pai, os avós ou outro parentesco ou explicador. 
1 <input type="checkbox"/> Sim, a mãe 2 <input type="checkbox"/> Sim, o pai 3 <input type="checkbox"/> Sim, a mãe e o pai 4 <input type="checkbox"/> Sim, os avós 5 <input type="checkbox"/> Sim, outro adulto 6 <input type="checkbox"/> Faz os deveres sozinho 7 <input type="checkbox"/> Explicador 9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde	

ED004J	Durante este ano letivo, 2022/2023, algum adulto, pais ou encarregado de educação de NOME participou em alguma reunião da escola? NOVO! Se sim, diga quem foi.				
1	<input type="checkbox"/>	Sim, a mãe	5	<input type="checkbox"/>	Sim, o encarregado de educação
2	<input type="checkbox"/>	Sim, o pai	6	<input type="checkbox"/>	Sim, outro parentesco
3	<input type="checkbox"/>	Sim, a mãe e o pai	7	<input type="checkbox"/>	Não
4	<input type="checkbox"/>	Sim, o(s) avó(s)	9	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde
APOIO ESCOLAR					
ED004K	Desde que iniciou este ano letivo, 2022/2023, ou seja nos últimos 3 meses, (NOME) beneficiou de: (LER AS MODALIDADES) NOVO!				
		1.Sim	2.Não	3.Não sabe / Não responde	
A. Alimentação escolar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B. Programa de kit escolar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C. Transporte escolar (co-participação)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D. Outros apoios escolares		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E. Uniforme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DISCIPLINA INFANTIL					
FILTRO 24: SÓ PARA INDIVÍDUOS COM IDADE DE 1 ANO A 17 ANOS					
ED004M	Os adultos usam certos métodos para ensinar as crianças a se comportarem bem ou para resolver problemas de comportamento. Vou ler uma lista de métodos que são mais utilizados. NOVO! Por favor, gostaria que me dissesse se o/a senhor/a ou algum outro membro adulto do seu agregado utilizou um destes métodos com (NOME) durante os últimos 30 dias.				
		1.Sim	2.Não	3.Não sabe / Não responde	
				1	2
A. Retirou-lhe privilégios, interditou-lhe qualquer coisa que gosta de fazer ou não lhe permitiu sair de casa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Explicou-lhe porquê o seu comportamento não é aceitável		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Sacudiu-o/a		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Berrou ou gritou com ele/ela		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Atribuiu-lhe outra tarefa para distraí-lo/a		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Deu-lhe palmadas, bateu-lhe no rabo com as mãos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Bateu-lhe no rabo ou em outra parte do corpo com um cinto, chicote, varapau, ou outro objeto duro.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Chamou-lhe de burro, preguiçoso ou de um outro nome parecido		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Bateu-lhe ou deu-lhe bofetada no rosto, cabeça ou orelhas.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Bateu-lhe nas mãos, braços ou pernas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Bateu-lhe repetitivamente e tão forte quanto possível		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURSO MÉDIO E ENSINO SUPERIOR					
FILTRO 25: Se (ED003=5 e ED003A>=2 e ED004=1) ou (ED003=6 e ED003A>=3 e ED004=1)					
ED005	(NOME) concluiu com êxito o curso (monografia, disciplinas, estágio, tese, etc.)?				
1	<input type="checkbox"/>	Sim	9	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde ==> Passe a FP001
2	<input type="checkbox"/>	Não ==> Passe a FP001			
ED006	Qual o nível do curso de formação que (NOME) concluiu: (LER AS MODALIDADES)				
1	<input type="checkbox"/>	CESP/DESP	5	<input type="checkbox"/>	Pós-graduação
2	<input type="checkbox"/>	Curso Médio (Magistério primário ou IP)	6	<input type="checkbox"/>	Mestrado
3	<input type="checkbox"/>	Bacharelato	7	<input type="checkbox"/>	Doutoramento
4	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	9	<input type="checkbox"/>	Não sabe/ Não responde ==> Passe a FP001
ED007	Qual é o nome do curso que (NOME) concluiu?				
Nome do curso (Especifique) _____					


FORMAÇÃO PROFISSIONAL	
FILTRO 26: SÓ PARA INDIVÍDUOS DE 15 – 64 ANOS	
FP001	(NOME) frequentou ou está a frequentar um curso de formação profissional?
1 <input type="checkbox"/> Sim, frequentou 2 <input type="checkbox"/> Sim, está a frequentar	3 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
<div style="text-align: right;">} Passe a TIC001</div>	
FP002	(NOME) concluiu alguma formação profissional?
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde	


VII. MÓDULO TIC

FILTRO 27: PARA INDIVÍDUOS DE 5 ANOS OU MAIS

TIC001	(NOME) possui um telemóvel?		
1	<input type="checkbox"/> Sim	2	<input type="checkbox"/> Não
TIC002	Alguma vez (NOME) utilizou um computador (ex.: de secretária, portátil, Tablet ipad)?		
1	<input type="checkbox"/> Sim	9	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde ==> Passe TIC004
2	<input type="checkbox"/> Não ==> Passe TIC004		
TIC002A	Quando foi a última vez que (NOME) utilizou um computador? 		
1	<input type="checkbox"/> 3 meses ou menos	} Passe a TI004	
2	<input type="checkbox"/> 4-6 meses		
3	<input type="checkbox"/> 7-12 meses		
4	<input type="checkbox"/> Há mais de 12 meses		
9	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde		
TIC002B	Durante os últimos três meses, em média, com que frequência (NOME) utilizou o computador? 		
1	<input type="checkbox"/> Pelo menos uma vez por dia/diariamente		
2	<input type="checkbox"/> Pelo menos uma vez por semana, mas não todos os dias		
3	<input type="checkbox"/> Menos de uma vez por semana		
9	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde		

FILTRO 28: PARA INDIVÍDUOS DE 10 ANOS OU MAIS

TIC003 (A a J e X)	Quais das seguintes atividades (NOME) realizou com auxílio de computador (desktop, laptop ou Tablet/ipad) nos últimos três meses: (LEIA AS MODALIDADES UMA A UMA)			
		1.Sim	2.Não	3.NS/NR
A.	Copiar ou mover ficheiros/pastas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.	Utilizar comandos para copiar e colar, para duplicar ou mover informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.	Utilizar fórmulas de operação matemáticas numa folha de cálculo (ex: Excel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.	Compactar ou zipar ficheiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.	Instalar e ligar hardware (ex: impressora, modem, camaras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.	Criar programa informático utilizando linguagem de programação (ex: visual basic, Pascal, SAS, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G.	Transferir ficheiros entre computadores e outros dispositivos (ex: camaras digitais para computador, computador para MP3 ou vice versa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H.	Criar apresentações electrónicas (incluindo texto, imagem, sons, graficos, - ex: power point)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I.	Instalar um sistema operativo (ex: windows) ou substituir sistemas operativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J.	Localizar, baixar, instalar e configurar software	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X.	Outra atividade que considera relevante (especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIC003A (A a F)	Nos últimos três meses, em que locais (NOME) utilizou computador: (LEIA AS MODALIDADES UMA A UMA) 			
		1.Sim	2.Não	3.NS/NR
A.	Em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.	Local de trabalho (diferente de casa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.	Escola ou Universidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.	Casa de familiares, amigos ou vizinhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.	Centros públicos gratuitos (Centro comunitário / Centro Juventude)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.	Centro públicos de acesso pago (Cyber café)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X.	Outra local (especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FILTRO 29: PARA INDIVÍDUOS DE 5 ANOS OU MAIS				
TIC004	Alguma vez (NOME) utilizou internet (através de computador, portátil, Tablet, ipad, smartphone, telemóvel, ipod, consolas de jogos)?			
1 <input type="checkbox"/>	Sim	9 <input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde ==> Passe TIC009	
2 <input type="checkbox"/>	Não ==> Passe TIC009			
TIC004A	Quando foi a última vez que (NOME) utilizou internet? 			
1 <input type="checkbox"/>	3 meses ou menos	} Passe a TI009		
2 <input type="checkbox"/>	4-6 meses			
3 <input type="checkbox"/>	7-12 meses			
4 <input type="checkbox"/>	Há mais de 12 meses			
9 <input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde			
TIC005 (A a D)	Nos últimos três meses, através de que tipo de equipamento/dispositivo móvel (telemóvel, computador portátil, tablet/ipad) acedeu à internet: (LEIA AS MODALIDADES UMA A UMA)			
		1.Sim	2.Não	3.NS/NR
A. TELEMOVEL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. TABLET /IPAD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. COMPUTADOR PORTATIL (LAPTOP, NOTEBOOK, NETBOOK)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Outros dispositivos portáteis (ex: consolas de jogos, relógios, leitores de livros electrónicos de outras redes sem fio (ex: Wifi)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIC006 (A a I)	Nos últimos três meses, em que locais (NOME) acedeu a internet? MULTIPLA ESCOLHA			
A. <input type="checkbox"/>	Em casa			
B. <input type="checkbox"/>	Local de trabalho (diferente de casa)			
C. <input type="checkbox"/>	Escola ou Universidade			
D. <input type="checkbox"/>	Casa de familiares, amigos ou vizinhos			
E. <input type="checkbox"/>	Centros públicos gratuitos (Centro comunitário / Centro Juventude)			
F. <input type="checkbox"/>	Centro públicos de acesso pago (Cyber café)			
G. <input type="checkbox"/>	Vários lugares (através de Pen 3G)			
H. <input type="checkbox"/>	Praças digitais			
X. <input type="checkbox"/>	Outra local (especifique) _____			
TIC007	Durante os últimos três meses, com que frequência utilizou internet? (através de computador, portátil, Tablet, ipad, smartphone, telemóvel, ipod, consolas de jogos)?			
1 <input type="checkbox"/>	Pelo menos uma vez por dia/diariamente			
2 <input type="checkbox"/>	Pelo menos uma vez por semana, mas não todos os dias			
3 <input type="checkbox"/>	Menos de uma vez por semana			
9 <input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde			
TIC008	Durante os últimos três meses, em média, quantas horas por semana passou na internet?			
1 <input type="checkbox"/>	1 hora ou menos			
2 <input type="checkbox"/>	De 1 até 5 horas			
3 <input type="checkbox"/>	De 5 até 10 horas			
4 <input type="checkbox"/>	De 10 até 20 horas			
5 <input type="checkbox"/>	Mais de 20 horas			
9 <input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde			

FILTRO 30: PARA INDIVÍDUOS DE 10 ANOS OU MAIS**TIC008A**
(A a J e X)**Para qual das seguintes atividades (NOME) utilizou a internet, a título privado, durante os últimos 3 meses: (LEIA AS MODALIDADES UMA A UMA)****NOVO!**

	1.Sim	2.Não	3.NS/NR
A. Enviar e receber mensagens / correio eletrónico / email	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Telefonar ou fazer chamadas de vídeo (Skype, Macjack)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Comunicar através de mensagens escritas em tempo real	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Ler e descarregar jornais, revistas, livros eletrónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Pesquisar informação produtos ou serviços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Ouvir rádio ou ver televisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Jogar ou fazer download de jogos, imagens, filmes, música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Colocar conteúdo pessoal (texto, imagens, vídeos) num website para ser partilhado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Criar ou manter blog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Criar websites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Para procurar trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Para comprar / vender bens e serviços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Para operações bancárias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Descarregar programas informáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O. Educação / investigação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P. Procurar informação sobre museus, galerias, de arte, sítios arqueológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X. Outra atividade que considera relevante (especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FILTRO 31: SE TIC008AL = 1**TIC008C**
(A a J)**Nos últimos 3 meses, que tipos de bens ou serviços (NOME) comprou ou encomendou através de internet: (LEIA AS MODALIDADES UMA A UMA)****NOVO!**



	1.Sim	2.Não	3.NS/NR	1	2	3
A. Livros, revistas ou jornais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Vestuários, calçados, artigos de desporto ou acessórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Equipamentos informáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Vídeo games para computadores ou consoles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Produtos cosméticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Produtos alimentares, bebidas alcoólicas ou tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Bens domésticos (ex: móveis, brinquedos, etc.; excluindo eletrónicos de consumo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Serviços de TIC (excluindo software)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Equipamento fotográfico, de telecomunicações ou ótico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Produtos de viagem (bilhetes de viagem, alojamento, aluguer de veículos, serviços de transporte, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X. Outra razão (especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TIC008D
(A a E)**Nos últimos 3 meses, que forma de pagamento utilizou na compra ou encomenda de bens ou serviços através de internet: (LEIA AS MODALIDADES UMA A UMA)****NOVO!**

	1.Sim	2.Não	3.NS/NR
A. Em dinheiro no momento da entrega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Cartão de crédito on-line	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Cartão de débito ou transferência bancária eletrónica online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Serviço de pagamento online (por exemplo, PayPal, Google Checkout)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Pagamentos de facturas da banca digital (por ex. caixa net, bca directo,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Rede vintí4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X. Outra forma (especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


TIC008E (A a C)	Nos últimos 3 meses, como (NOME) recebeu os bens ou serviços comprados online: (LEIA AS MODALIDADES UMA A UMA)			NOVO!												
				1.Sim 2.Não 3.NS/NR												
A. Entrega direta				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
B. Levantamento em um ponto de venda ou serviços				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
C. Entrega online/electrónica por transferência de um site ou por meio de um aplicativo, software ou outro dispositivo (ex: compras em plataformas de download de aplicativos, serviços de streaming de vídeos)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
FILTRO 32: SE TIC008AK = 2																
TIC008F (A a G)	Nos últimos 3 meses, porque razão (NOME) não realizou compras online: (LEIA AS MODALIDADES UMA A UMA)			NOVO!												
				1.Sim 2.Não 3.NS/NR												
A. Falta de confiança, conhecimento ou habilidades				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
B. Preferência por compras presenciais				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
C. Receio de segurança (ex: fornecimento de informações de cartão de débito ou crédito)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
D. Receio de privacidade das informações pessoais				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
E. Receio quanto aos sites, formas de pagamentos ou entregas				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
F. Receio quanto a confiança (ex: garantias de recebimento ou devolução de produtos)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
G. Não teve necessidade				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
X. Outra razão (especifique) _____				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
FILTRO 33: SE (TIC004A = 2 OU 3 OU 4 OU 9) OU (TIC004= 2 OU 9)																
TIC009 (A a I)	Quais as razões para (NOME) não ter utilizado internet nos últimos três meses? MULTIPLA ESCOLHA															
<table border="0"> <tr> <td>A. <input type="checkbox"/> Não precisa da Internet</td> <td>G. <input type="checkbox"/> Não sabe o que é a Internet</td> </tr> <tr> <td>B. <input type="checkbox"/> Não sabe como usá-lo</td> <td>H. <input type="checkbox"/> Não é permitido usar a Internet</td> </tr> <tr> <td>C. <input type="checkbox"/> Custo de uso da Internet é muito alto (taxas de serviço, etc.)</td> <td>I. <input type="checkbox"/> Falta de conteúdo local</td> </tr> <tr> <td>D. <input type="checkbox"/> Privacidade ou preocupações de segurança</td> <td>X. <input type="checkbox"/> Outra razão (especifique) _____</td> </tr> <tr> <td>E. <input type="checkbox"/> O serviço de Internet não está disponível na área</td> <td></td> </tr> <tr> <td>F. <input type="checkbox"/> Razões culturais (por exemplo, exposição a conteúdo nocivo)</td> <td></td> </tr> </table>					A. <input type="checkbox"/> Não precisa da Internet	G. <input type="checkbox"/> Não sabe o que é a Internet	B. <input type="checkbox"/> Não sabe como usá-lo	H. <input type="checkbox"/> Não é permitido usar a Internet	C. <input type="checkbox"/> Custo de uso da Internet é muito alto (taxas de serviço, etc.)	I. <input type="checkbox"/> Falta de conteúdo local	D. <input type="checkbox"/> Privacidade ou preocupações de segurança	X. <input type="checkbox"/> Outra razão (especifique) _____	E. <input type="checkbox"/> O serviço de Internet não está disponível na área		F. <input type="checkbox"/> Razões culturais (por exemplo, exposição a conteúdo nocivo)	
A. <input type="checkbox"/> Não precisa da Internet	G. <input type="checkbox"/> Não sabe o que é a Internet															
B. <input type="checkbox"/> Não sabe como usá-lo	H. <input type="checkbox"/> Não é permitido usar a Internet															
C. <input type="checkbox"/> Custo de uso da Internet é muito alto (taxas de serviço, etc.)	I. <input type="checkbox"/> Falta de conteúdo local															
D. <input type="checkbox"/> Privacidade ou preocupações de segurança	X. <input type="checkbox"/> Outra razão (especifique) _____															
E. <input type="checkbox"/> O serviço de Internet não está disponível na área																
F. <input type="checkbox"/> Razões culturais (por exemplo, exposição a conteúdo nocivo)																
SEGURANÇA SOCIAL																
FILTRO 34: PARA TODOS OS INDIVÍDUOS																
SS001	(NOME) beneficia de alguma prestação de proteção social do INPS (Ex: abono de família para crianças, seguro ou participação para compra de medicamentos) ou CNPS (ex: pensão Social Básica, Pensão de sobrevivência, pensão invalidez, Rendimento Social de inclusão)?															
<table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/> Sim, do INPS</td> <td>3 <input type="checkbox"/> Não beneficia</td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/> Sim, do CNPS</td> <td>9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde</td> </tr> </table>					1 <input type="checkbox"/> Sim, do INPS	3 <input type="checkbox"/> Não beneficia	2 <input type="checkbox"/> Sim, do CNPS	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde								
1 <input type="checkbox"/> Sim, do INPS	3 <input type="checkbox"/> Não beneficia															
2 <input type="checkbox"/> Sim, do CNPS	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde															
FILTRO 35: PARA INDIVÍDUOS DE 15 ANOS OU MAIS																
SS002	Alguma vez (NOME) se inscreveu, voluntariamente, nalgum sistema de segurança social existente no país?															
<table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/> Sim</td> <td>9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde</td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/> Não</td> <td></td> </tr> </table>					1 <input type="checkbox"/> Sim	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde	2 <input type="checkbox"/> Não									
1 <input type="checkbox"/> Sim	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde															
2 <input type="checkbox"/> Não																
FILTRO 36: PARA TODOS OS INDIVÍDUOS																
RE001	Quem respondeu aos módulos (Características Sociodemográficas, Educação e Formação Profissional e Segurança Social)?															
<table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/> O Próprio indivíduo</td> <td>3 <input type="checkbox"/> Outro membro do agregado</td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/> O representante do agregado</td> <td></td> </tr> </table>					1 <input type="checkbox"/> O Próprio indivíduo	3 <input type="checkbox"/> Outro membro do agregado	2 <input type="checkbox"/> O representante do agregado									
1 <input type="checkbox"/> O Próprio indivíduo	3 <input type="checkbox"/> Outro membro do agregado															
2 <input type="checkbox"/> O representante do agregado																

VIII. MÓDULO MERCADO DE TRABALHO

FILTRO 37: PARA INDIVÍDUOS DE 5 ANOS OU MAIS																									
EP001	Quem vai responder as questões sobre o mercado de trabalho para o (NOME)?																								
1	<input type="checkbox"/> Próprio indivíduo (NOME) ==> Passe a EP003																								
2	<input type="checkbox"/> Outro indivíduo residente																								
3	<input type="checkbox"/> Recusa ==> Fim do questionário individual																								
EP002	Qual a principal razão pela qual não é o próprio (NOME) a responder?																								
1	<input type="checkbox"/> Por opção do respondente																								
2	<input type="checkbox"/> Indivíduo com idade inferior a 15 anos																								
3	<input type="checkbox"/> Ausente no momento da entrevista																								
4	<input type="checkbox"/> Outra razão (Especifique) _____																								
EP003	Nos últimos 7 dias, (NOME) trabalhou, durante pelo menos 1 hora, em alguma atividade remunerada em dinheiro?																								
1	<input type="checkbox"/> Sim ==> Passe a EP017																								
2	<input type="checkbox"/> Não																								
 ATENÇÃO! Para a pessoa cuja natureza do trabalho implica em vender serviços ou aguardar clientes e que esteve à disposição, mas não conseguiu na semana de referência, marque “Sim”																									
EP004	Nos últimos 7 dias, (NOME) trabalhou, durante pelo menos 1 hora, em alguma atividade remunerada em produtos, alimentação, alojamento, mercadorias?																								
1	<input type="checkbox"/> Sim ==> Passe a EP017																								
2	<input type="checkbox"/> Não																								
EP005	Nos últimos 7 dias, (NOME) fez algum “biscoite” ou trabalhou, durante pelo menos 1 hora, em alguma atividade ocasional remunerada em dinheiro ou em benefício?																								
1	<input type="checkbox"/> Sim ==> Passe a EP017																								
2	<input type="checkbox"/> Não																								
 ATENÇÃO! Exemplo: A pessoa pode ter preparado doces ou salgados para fora, vendido cosméticos, prestado algum tipo de serviço, etc																									
EP006	Nos últimos 7 dias, (NOME) fez uma das seguintes atividades, durante pelo menos 1 hora, em troca de uma remuneração em dinheiro ou em benefício (em produtos, alimentação, alojamento, mercadorias, etc.)?																								
<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>1.Sim</th> <th>2.Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Geriu um negócio</td> <td><input type="checkbox"/> Passe EP007</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B. Fez um produto para vender (fresquinha, donete, pastel, renda/bordados, bijuteria, etc.)</td> <td><input type="checkbox"/> Passe EP007</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C. Prestou um serviço em casa para obter uma receita (vendeu saldo, fez manicure/pedicure)</td> <td><input type="checkbox"/> Passe EP007</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D. Exerceu algum tipo de trabalho remunerado (exceptuando os trabalhos domésticos)</td> <td><input type="checkbox"/> Passe EP007</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>E. Exerceu alguma atividade doméstica remunerada ou paga em géneros noutra agregado familiar</td> <td><input type="checkbox"/> Passe EP007</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F. Trabalhou como aprendiz ou estagiário remunerado</td> <td><input type="checkbox"/> Passe EP007</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G. Procurou água, apanhou lenha para vender</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			1.Sim	2.Não	A. Geriu um negócio	<input type="checkbox"/> Passe EP007	<input type="checkbox"/>	B. Fez um produto para vender (fresquinha, donete, pastel, renda/bordados, bijuteria, etc.)	<input type="checkbox"/> Passe EP007	<input type="checkbox"/>	C. Prestou um serviço em casa para obter uma receita (vendeu saldo, fez manicure/pedicure)	<input type="checkbox"/> Passe EP007	<input type="checkbox"/>	D. Exerceu algum tipo de trabalho remunerado (exceptuando os trabalhos domésticos)	<input type="checkbox"/> Passe EP007	<input type="checkbox"/>	E. Exerceu alguma atividade doméstica remunerada ou paga em géneros noutra agregado familiar	<input type="checkbox"/> Passe EP007	<input type="checkbox"/>	F. Trabalhou como aprendiz ou estagiário remunerado	<input type="checkbox"/> Passe EP007	<input type="checkbox"/>	G. Procurou água, apanhou lenha para vender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1.Sim	2.Não																							
A. Geriu um negócio	<input type="checkbox"/> Passe EP007	<input type="checkbox"/>																							
B. Fez um produto para vender (fresquinha, donete, pastel, renda/bordados, bijuteria, etc.)	<input type="checkbox"/> Passe EP007	<input type="checkbox"/>																							
C. Prestou um serviço em casa para obter uma receita (vendeu saldo, fez manicure/pedicure)	<input type="checkbox"/> Passe EP007	<input type="checkbox"/>																							
D. Exerceu algum tipo de trabalho remunerado (exceptuando os trabalhos domésticos)	<input type="checkbox"/> Passe EP007	<input type="checkbox"/>																							
E. Exerceu alguma atividade doméstica remunerada ou paga em géneros noutra agregado familiar	<input type="checkbox"/> Passe EP007	<input type="checkbox"/>																							
F. Trabalhou como aprendiz ou estagiário remunerado	<input type="checkbox"/> Passe EP007	<input type="checkbox"/>																							
G. Procurou água, apanhou lenha para vender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Se EP006G = 2 ==> Passe EP007A																									
EP007	Este trabalho/atividade que realizou é/foi pago em dinheiro ou em géneros (produtos, alimentação, alojamento, mercadorias, treinamento ou aprendizado, etc.)?																								
1	<input type="checkbox"/> Sim, em dinheiro																								
2	<input type="checkbox"/> Sim, em generos																								
3	<input type="checkbox"/> Não																								
9	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde																								
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> TODOS PASSAM A EP017 </div>																									

EP007A	Nos últimos 7 dias, (NOME) trabalhou como estagiário ou aprendiz sem remuneração?			NOVO!
1	<input type="checkbox"/>	Sim	==> Passe a EP010	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
2	<input type="checkbox"/>	Não		
EP007B	Nos últimos 7 dias, (NOME) trabalhou durante pelo menos 1 hora, na agricultura, na criação de animais ou pesca?			NOVO!
1	<input type="checkbox"/>	Sim	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde	==> Passe a EP007E
2	<input type="checkbox"/>	Não	==> Passe a EP007E	
EP007C	O que foi produzido foi/é maioritariamente para venda, ou para o consumo próprio do agregado?			NOVO!
1	<input type="checkbox"/>	Tudo ou quase tudo é para venda (mais de 50%)	==> Passe a EP017	
2	<input type="checkbox"/>	Tudo ou quase tudo para consumo próprio (mais de 50%)		
EP007D	(NOME) foi contratado por outra pessoa para fazer esse trabalho?			NOVO!
1	<input type="checkbox"/>	Sim	==> Passe a EP017	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
2	<input type="checkbox"/>	Não		
EP007E	Nos últimos 7 dias, (NOME) ajudou um membro do seu ou de outro agregado de forma gratuita (horta/lugar, loja, oficina, etc.), durante pelo menos 1 hora?			NOVO!
1	<input type="checkbox"/>	Sim	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde	==> Passe a EP07H
2	<input type="checkbox"/>	Não	==> Passe a EP07H	
EP007F	Era uma atividade agrícola, pecuária ou pesca?			NOVO!
1	<input type="checkbox"/>	Sim	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde	==> Passe a EP017
2	<input type="checkbox"/>	Não	==> Passe a EP017	
EP007G	Os produtos obtidos nesta atividade são destinados à venda/troca ou para o consumo próprio?			NOVO!
1	<input type="checkbox"/>	Tudo ou quase tudo é para venda (mais de 50%)	==> Passe a EP017	
2	<input type="checkbox"/>	Tudo ou quase tudo para consumo próprio (mais de 50%)		
EP007H	Nos últimos 7 dias, (NOME) construiu ou reparou a sua casa, preparou/limpou a sua propriedade, empresa?			
1	<input type="checkbox"/>	Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
EP007I	Nos últimos 7 dias, (NOME) produziu qualquer artigo útil para o próprio agregado?			
1	<input type="checkbox"/>	Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
FILTRO 38: SÓ PARA INDIVÍDUOS DE 10 ANOS OU MAIS				
EP008	Embora (NOME) não tenha trabalhado nos últimos 7 dias, tinha algum trabalho remunerado do qual esteve ausente?			
1	<input type="checkbox"/>	Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	==> Passe a EP010


EP009	Por que razão (NOME) não trabalhou nos últimos 7 dias?	
1	<input type="checkbox"/>	Doença ou acidente
2	<input type="checkbox"/>	Férias ==> Passe a EP017
3	<input type="checkbox"/>	Responsabilidades pessoais ou familiares
4	<input type="checkbox"/>	Licença maternidade ==> Passe a EP017
5	<input type="checkbox"/>	Licença para formação escolar ou profissional (fora do trabalho)
6	<input type="checkbox"/>	Greve ou suspensão temporária de trabalho com vínculo formal ao emprego
7	<input type="checkbox"/>	Redução da atividade económica
8	<input type="checkbox"/>	Outras ausências temporárias com ou sem licença
9	<input type="checkbox"/>	Outro (Especifique) _____
EP009B	Incluindo o tempo já decorrido, em quanto tempo (NOME) retornará ao trabalho?	
1	<input type="checkbox"/>	Menos de 3 meses ==> Passe a EP017
2	<input type="checkbox"/>	3 meses ou mais
9	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde
EP009A	(NOME) continuou a ser pago/remunerado (mesmo que parcialmente) por esse trabalho?	
1	<input type="checkbox"/>	Sim, pago na totalidade ==> Passe a EP017
2	<input type="checkbox"/>	Sim, pago parcialmente ==> Passe a EP017
3	<input type="checkbox"/>	Não fui pago
4	<input type="checkbox"/>	O trabalho não era remunerado
EP010	(NOME) procurou trabalho nos últimos 7 dias?	
1	<input type="checkbox"/>	Sim ==> Passe a EP012
2	<input type="checkbox"/>	Não
EP011	(NOME) procurou trabalho nas últimas 4 semanas?	
1	<input type="checkbox"/>	Sim
2	<input type="checkbox"/>	Não ==> Passe a EP013
EP012 (De A a H)	(NOME) tomou as seguintes iniciativas, nas últimas 4 semanas, para procurar trabalho: (FAÇA A PERGUNTA POR CADA UMA DAS MODALIDADES)	
		1.Sim 2.Não
A. Solicitou diretamente a empregadores		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B. Participou em concursos		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C. Respondeu a anúncios (jornais, rádio, etc)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D. Procurou junto de amigos, familiares, etc.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E. Procurou terrenos, máquinas, equipamentos ou financiamento para criar seu próprio negócio		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F. Solicitou autorizações, licenças para iniciar o seu negócio		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. Inscreveu-se no Centro de Emprego		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H. Pesquisou na Internet		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X. Outro (Especifique) _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		TODOS PASSAM A EP014

EP013	Qual é a principal razão por (NOME) não ter procurado trabalho?	
<p>Razões involuntárias</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Invalidez, doença, acidente ou gravidez</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Responsabilidades pessoais ou familiares</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A frequentar aulas</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Já encontrou emprego que se iniciará posteriormente nas próximas três semanas</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Irá iniciar um negócio</p> <p>6 <input type="checkbox"/> À espera para retomar o emprego anterior</p> <p>7 <input type="checkbox"/> À espera de respostas de empregadores, resultados de concursos</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Não há qualquer emprego</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Não há recursos financeiros, terrenos, equipamentos, licenças, etc. disponíveis, para criar a sua própria empresa</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Ausência de requisitos (qualificações, experiência, etc.) para trabalhar</p> <p>Razões voluntárias</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Por ser muito jovem ou muito idoso para trabalhar</p> <p>12 <input type="checkbox"/> Reformado</p> <p>13 <input type="checkbox"/> Proprietário (não precisa trabalhar)</p> <p>14 <input type="checkbox"/> Outra razão (Especifique) _____</p> <p>99 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde</p>		
EP014	Se (NOME) encontrasse um trabalho, na semana anterior, poderia ter começado a trabalhar imediatamente ou pelo menos dentro das duas próximas semanas?	
<p>1 <input type="checkbox"/> Sim ==> Passe a EP058 9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde ==> Passe a EP058</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Não</p>		
EP015	Por que razão (NOME) não poderia começar a trabalhar nesse período?	
<p>Razões involuntárias</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Invalidez, doença, acidente ou gravidez</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Responsabilidades pessoais ou familiares</p> <p>3 <input type="checkbox"/> A frequentar aulas</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Já encontrou emprego que se iniciará posteriormente nas próximas três semanas</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Irá iniciar um negócio</p> <p>6 <input type="checkbox"/> À espera para retomar o emprego anterior</p> <p>7 <input type="checkbox"/> À espera de respostas de empregadores, resultados de concursos</p> <p>Razões voluntárias</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Por ser muito jovem ou muito idoso para trabalhar</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Reformado</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Proprietário (não precisa trabalhar)</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Outra razão (Especifique) _____</p> <p>99 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde</p>		
FILTRO 39: PESSOAS OCUPADAS (5 ANOS OU MAIS)		
EP017	Quantas atividades “trabalhos” (NOME) tinha nos últimos 7 dias?	
<p>1 <input type="checkbox"/> Um</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Dois ou mais</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p> Se EP017 = 2, leia o texto</p> <p>As próximas perguntas são referentes ao trabalho principal, ou seja, aquele em que (NOME) normalmente trabalha/trabalhou o maior número de horas.</p> <p>Em caso de igualdade no número de horas trabalhadas:</p> <p>- Então o trabalho principal será aquele em que (NOME) recebe/recebeu maior rendimento mensal</p> <p>Em caso de igualdade também no rendimento mensal recebido:</p> <p>- Então o trabalho principal será aquele em que (NOME) já trabalha/trabalhou há mais tempo.</p> </div>		

ATIVIDADE PRINCIPAL	
EP018	Qual é a ocupação principal (cargo ou função) que (NOME) exerceu nos últimos 7 dias ou exerce habitualmente?
<div></div> <div></div> <p>(Exemplo: Trabalhador não qualificado da agricultura de regadio, padeiro, professor do EBI, médico pediatra, etc.)</p>	
EP019	Descreva a principal atividade/tarefa que (NOME) desempenhou nos últimos 7 dias ou que desempenha habitualmente?
<div></div> <div></div> <p>(Exemplo: Fazer plantação de banana, fazer pães, dar aulas no EBI, examinar crianças, etc.)</p>	
EP020	Qual é a atividade económica principal da empresa/entidade onde (NOME) exerceu a sua atividade principal, nos últimos 7 dias?
<div></div> <p>(Exemplo: Cultura de banana, Panificação, ensino primário, atividades em estabelecimentos de saúde com internamento, etc.)</p>	
EP022	Para quem (NOME) trabalhou nos últimos 7 dias, na sua ocupação principal?
<div>1</div> <input type="checkbox"/> Administração pública (Central ou Municipal)	
<div>2</div> <input type="checkbox"/> Sector empresarial privado	
<div>3</div> <input type="checkbox"/> Sector empresarial do Estado (Ex:Enapor, ELECTRA, CABNAVE, EMPROFAC)	
<div>4</div> <input type="checkbox"/> Por conta própria <u>com</u> pessoas ao serviço - EMPREGADOR	
<div>5</div> <input type="checkbox"/> Por conta própria <u>sem</u> pessoas ao serviço	
<div>6</div> <input type="checkbox"/> Trabalhador familiar que contribuem para uma empresa familiar ou ajudante familiar (num negócio, gabinete profissional, ou exploração agrícola orientado para o mercado)	
<div>7</div> <input type="checkbox"/> Em casa de família (trabalhador doméstico)	
<div>8</div> <input type="checkbox"/> Uma Cooperativa de produtores	
<div>9</div> <input type="checkbox"/> Aprendiz/estagiário remunerado	
<div>88</div> <input type="checkbox"/> Outro (Especifique) _____ (p. ex.: ONG's, sindicatos, igreja, etc)	
SECTOR INFORMAL (10 ANOS OU MAIS)	
FILTRO 40: SÓ PARA EMPREGADOS POR CONTA PRÓPRIA QUE RESPONDERAM (EP022 = 4 ou EP022 = 5)	
EP023	A empresa/entidade/negócio para a qual (NOME) trabalha/trabalhou tem um NIF?
<div>1</div> <input type="checkbox"/> Sim	
<div>2</div> <input type="checkbox"/> Não ==> Passe EP027	
<div>9</div> <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde ==> Passe EP027	
EP024	A empresa/entidade/negócio para a qual (NOME) trabalha/trabalhou apresenta conta nas finanças? Se, sim, diga se tem contabilidade organizada ou não.
<div>1</div> <input type="checkbox"/> Sim, com contabilidade	
<div>2</div> <input type="checkbox"/> Sim, sem contabilidade	
<div>3</div> <input type="checkbox"/> Não	
<div>9</div> <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde	

FILTRO 41: PARA TODOS OS EMPREGADOS (EP017 >= 1 E IDADE > = 5 ANOS)			
EP027	Aonde (NOME) exerceu a sua atividade principal nos últimos 7 dias?		
<u>Sem local profissional</u>		<u>Com local profissional</u>	
1	<input type="checkbox"/>	Na própria casa/alajamento sem uma instalação particular	9 <input type="checkbox"/> Na casa do empregador/patrão
2	<input type="checkbox"/>	Na própria casa/alajamento com uma instalação particular	10 <input type="checkbox"/> Num gabinete/escritório, etc.
3	<input type="checkbox"/>	Ambulante, ou seja, sem local fixo	11 <input type="checkbox"/> Em lojas, quiosques, cafés, restaurantes, hotéis, etc.
4	<input type="checkbox"/>	Lugar improvisado na via pública	12 <input type="checkbox"/> Na fábrica/ateliê de (artesanato, costura, oficinas, etc.)
5	<input type="checkbox"/>	Lugar improvisado no mercado	13 <input type="checkbox"/> No mercado
6	<input type="checkbox"/>	Em propriedades agrícolas	14 <input type="checkbox"/> Em obras de construção civil
7	<input type="checkbox"/>	Veículo	88 <input type="checkbox"/> Outro local (Especifique) _____
8	<input type="checkbox"/>	Em pedreira, praia, ribeira (extração de inertes)	
EP028	Quantas pessoas trabalham na empresa/entidade/serviço/estabelecimento onde (NOME) exerce a sua atividade principal incluindo o (NOME)?		
1	<input type="checkbox"/>	1 pessoa	4 <input type="checkbox"/> 11 a 20 pessoas
2	<input type="checkbox"/>	2 a 5 pessoas	5 <input type="checkbox"/> Mais de 20 pessoas
3	<input type="checkbox"/>	6 a 10 pessoas	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
EP029	Há quanto tempo (NOME) está a trabalhar na sua ocupação/profissão principal?		
1	<input type="checkbox"/>	Anos ==> Passe EP029A	EP029A - Total anos <input type="text"/> <input type="text"/> ==> Passe EP030
2	<input type="checkbox"/>	Meses ==> Passe EP029B	EP029B - Total meses <input type="text"/> <input type="text"/> ==> Passe EP030
3	<input type="checkbox"/>	Dias ==> Passe EP029C	EP029C - Total dias <input type="text"/> <input type="text"/>
EP030	Há quanto tempo (NOME) trabalha na atual empresa/entidade/serviço/estabelecimento? Atenção à resposta, marque primeiro se o tempo respondido é em anos, meses ou dias, depois marque o tempo.		
1	<input type="checkbox"/>	Anos ==> Passe EP030A	EP030A - Total anos <input type="text"/> <input type="text"/> ==> Passe EP031
2	<input type="checkbox"/>	Meses ==> Passe EP030B	EP030B - Total meses <input type="text"/> <input type="text"/> ==> Passe EP031
3	<input type="checkbox"/>	Dias ==> Passe EP030C	EP030C - Total dias <input type="text"/> <input type="text"/>
FILTRO 42: PARA TODOS OS EMPREGADOS (EP017 >= 1 E IDADE > = 10 ANOS)			
EP031	Este é o primeiro trabalho/atividade de (NOME)?		
1	<input type="checkbox"/>	Sim ==> Passe a EP033	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde ==> Passe a EP033
2	<input type="checkbox"/>	Não	
EP032	Indique a razão pela qual (NOME) mudou de trabalho?		
1	<input type="checkbox"/>	Melhores salários	
2	<input type="checkbox"/>	Melhores condições laborais (vínculo)	
3	<input type="checkbox"/>	Fim do contrato	
4	<input type="checkbox"/>	Falência da empresa	
5	<input type="checkbox"/>	Mudança de residência	
6	<input type="checkbox"/>	Demissão	
8	<input type="checkbox"/>	Outra razão (Especifique) _____	
9	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde	
EP033	Nos últimos 7 dias, (NOME) trabalhou de forma: (LER AS MODALIDADES)		
1	<input type="checkbox"/>	Permanente, a tempo inteiro	
2	<input type="checkbox"/>	Permanente, a tempo parcial	
3	<input type="checkbox"/>	Ocasional, durante todo o dia	
4	<input type="checkbox"/>	Ocasional, por volume de trabalho	
5	<input type="checkbox"/>	Ocasional, sazonal	

6 <input type="checkbox"/> Ocasional por causa de férias																									
EP034 (De A a X)	(NOME) tem ou teve os seguintes benefícios/proveitos no seu principal trabalho? (FAÇA A PERGUNTA POR CADA UMA DAS MODALIDADES):																								
	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>1.Sim</th> <th>2.Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Dias de descanso semanal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B. Assistência médica/ medicamentosa</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C. Licença de maternidade/paternidade</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D. Dias de repouso por motivos de doença pagos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>E. Esta inscrito no INPS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F. Férias anuais remuneradas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>X. Outra (Especifique) _____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		1.Sim	2.Não	A. Dias de descanso semanal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B. Assistência médica/ medicamentosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. Licença de maternidade/paternidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D. Dias de repouso por motivos de doença pagos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E. Esta inscrito no INPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F. Férias anuais remuneradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X. Outra (Especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1.Sim	2.Não																							
A. Dias de descanso semanal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
B. Assistência médica/ medicamentosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
C. Licença de maternidade/paternidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
D. Dias de repouso por motivos de doença pagos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
E. Esta inscrito no INPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
F. Férias anuais remuneradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
X. Outra (Especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
FILTRO 43: SE BENEFICIA DE INPS (EP034E = 1)																									
EP035	Quem paga as contribuições de (NOME) ao INPS?																								
1 <input type="checkbox"/> O próprio desconta e paga a totalidade da sua contribuição 2 <input type="checkbox"/> Empregador desconta e paga diretamente ao INPS 3 <input type="checkbox"/> Empregador paga a totalidade da sua contribuição 9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> TODOS PASSAM A EP037 </div>																								
FILTRO 44: SE NÃO BENEFICIA DE INPS (EP034E = 2)																									
EP036	(NOME) sabe que os trabalhadores podem inscrever-se de forma voluntária no sistema de seguros do INPS?																								
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde																								
FILTRO 45: PARA TODOS OS EMPREGADOS QUE TRABALHAM POR CONTA DE OUTREM (EP022 =1 ou EP022 =2 ou EP022 =3 ou EP022 = 7 ou EP022 = 8 ou EP022= 9 ou EP022 = 88)																									
EP037	Qual é o tipo de contrato que (NOME) mantém com o empregador?																								
1 <input type="checkbox"/> Acordo verbal 2 <input type="checkbox"/> Contrato a termo (tempo determinado) 3 <input type="checkbox"/> Contrato a tempo indeterminado 4 <input type="checkbox"/> Quadro (efectivo) 5 <input type="checkbox"/> Comissão ordinária de serviço 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe / Não Responde																									
FILTRO 46: PARA TODOS OS EMPREGADOS ((EP017 = 1 ou EP017 = 2) E IDADE > = 5 ANOS)																									
EP049	Qual é o CONCELHO onde (NOME) exerce a sua atividade principal?																								
Código do Concelho <input type="text"/> <input type="text"/>																									
EP039C	A sua jornada de trabalho é ...(LER AS MODALIDADES)																								
1 <input type="checkbox"/> De dia (das 6h da manhã às 20h da noite) 2 <input type="checkbox"/> De noite (das 20 h da noite às 6h da manhã) 3 <input type="checkbox"/> Misto 4 <input type="checkbox"/> Por turnos 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe / Não Responde	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; color: red; font-weight: bold;">NOVO!</div>																								



EP039	Normalmente a que horas (NOME) começa o seu dia de trabalho?	
Total de horas __ __ : __ __ Horas Minutos		
EP040	Normalmente a que horas (NOME) termina o seu dia de trabalho?	
Total de horas __ __ : __ __ Horas Minutos		
EP040G	(NOME) trabalha durante todos os meses do ano (incluindo o mês de férias)? NOVO!	
1 __ Sim ==> Passe a EP040D 2 __ Não 3 __ Tem menos de um ano neste trabalho ==> Passe a EP040D 9 __ Não Sabe / Não Responde ==> Passe a EP040D		
EP040H	Qual é o principal motivo para não trabalhar todos os meses do ano? NOVO!	
1 __ Trabalhe apenas quando chamado ou solicitado para seus serviços 2 __ Só há trabalho em determinados horários ou estações do ano 3 __ Por causa dos estudos 4 __ Não precisa trabalhar o ano todo 5 __ Motivos pessoais ou familiares 8 __ Outro motivo (especifique) _____ 9 __ Não sabe / Não Responde		
EP040D	Habitualmente, quantos dias por semana (NOME) trabalha na sua OCUPAÇÃO PRINCIPAL?	
Número de dias __		
EP040E	Nos últimos 7 dias, quantos dias (NOME) trabalhou na sua OCUPAÇÃO PRINCIPAL?	
Número de dias __		
EP040F	Habitualmente, quantas horas por semana (NOME) trabalha na sua OCUPAÇÃO PRINCIPAL?	
Número de horas __ __		
EP041 (De A a G)	Nos últimos 7 dias, ou habitualmente, quantas horas por dia (NOME) trabalhou na sua OCUPAÇÃO PRINCIPAL?	
A. __ __ Segunda-feira B. __ __ Terça-feira C. __ __ Quarta-feira D. __ __ Quinta-feira E. __ __ Sexta-feira F. __ __ Sábado G. __ __ Domingo		
EP042	Total de horas trabalhadas nos últimos 7 dias. (Cálculo feito de forma automática)	
Total de horas __ __ __		
 ATENÇÃO !		
Não pode trabalhar mais que 126 horas por semana		

EP040B	Habitualmente quanto tempo (NOME) leva para ir da sua casa até o local de trabalho?		
1	<input type="checkbox"/>	0 – 14 minutos	3 <input type="checkbox"/> 30 – 44 minutos
2	<input type="checkbox"/>	15 – 29 minutos	4 <input type="checkbox"/> 45 minutos e mais
5	<input type="checkbox"/>	Não se aplica	
EP040C	Habitualmente qual é o meio de transporte que (NOME) utiliza para chegar ao seu local de trabalho?		
1	<input type="checkbox"/>	A pé	
2	<input type="checkbox"/>	Carro privado	
3	<input type="checkbox"/>	Transporte colectivo (Autocarro / Hiace / Táxi)	
4	<input type="checkbox"/>	Vários meios	
5	<input type="checkbox"/>	Não se aplica	
8	<input type="checkbox"/>	Outro (especifique) _____	
FILTRO 47: PARA TODOS OS EMPREGADOS ((EP017 = 1 ou EP017 = 2) E IDADE > = 10 ANOS)			
EP046	(NOME) pertence a um sindicato ou organização profissional que defende os direitos dos trabalhadores?		
1	<input type="checkbox"/>	Sim, a um sindicato	
2	<input type="checkbox"/>	Sim, a uma organização profissional	
3	<input type="checkbox"/>	Aos dois	
4	<input type="checkbox"/>	A nenhum ==> Passe a EP048	
EP047	O sindicato ou organização profissional a que pertence (NOME) está representado na empresa/entidade onde (NOME) exerce a sua atividade principal?		
1	<input type="checkbox"/>	Sim	
2	<input type="checkbox"/>	Não	
9	<input type="checkbox"/>	Não Sabe / Não Responde	
EP048	Alguma vez (NOME) beneficiou de uma ou mais ações de formação promovidas ou financiadas pela empresa/entidade onde trabalha?		
1	<input type="checkbox"/>	Sim	
2	<input type="checkbox"/>	Não	
9	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde	
FILTRO 48: PARA TODOS OS EMPREGADOS ((EP017 = 1 ou EP017 = 2) E IDADE > = 5 ANOS)			
EP048A	Com que frequência (NOME) recebe sua remuneração/salário monetário ou é pago?		
1	<input type="checkbox"/>	Mensalmente	
2	<input type="checkbox"/>	Quinzenalmente	
3	<input type="checkbox"/>	Semanalmente	
4	<input type="checkbox"/>	Diário	
5	<input type="checkbox"/>	Outro período	
6	<input type="checkbox"/>	É pago por peça produzida ou vendida, serviço ou trabalho feito	
7	<input type="checkbox"/>	É pago em espécie	
8	<input type="checkbox"/>	Não sabe estimar	
9	<input type="checkbox"/>	Não é pago ou não recebe qualquer salário	
99	<input type="checkbox"/>	Não Sabe / Não Responde	
		} Passe a EP048D	

NOVO!

EP050	Quanto (NOME) ganhou ou estima ter ganho pelo trabalho que exerceu no mês passado, na sua ocupação principal (inclui salário, subsídios/comissão, hora extra, décimo terceiro, etc.)?													
1 <input type="checkbox"/> Montante citado (em escudos) 2 <input type="checkbox"/> Montante não declarado ==> Passe a EP050B 3 <input type="checkbox"/> Não trabalhava ==> Passe a EP048B EP050A– Montante em escudos CVE <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ==> Passe a EP048B EP050B – Gostaria de lhe indicar alguns intervalos de valores e você vai enquadrar o rendimento mensal de (NOME) <table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/> Menos de 5 000 escudos</td> <td>7 <input type="checkbox"/> De 46 000 a 65 999 escudos</td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/> De 5 000 a 9 999 escudos</td> <td>8 <input type="checkbox"/> De 66 000 a 75 999 escudos</td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/> De 10 000 a 13 999 escudos</td> <td>9 <input type="checkbox"/> De 76 000 a 99 999 escudos</td> </tr> <tr> <td>4 <input type="checkbox"/> De 14 000 a 25 999 escudos</td> <td>10 <input type="checkbox"/> De 100 000 a 200 000 escudos</td> </tr> <tr> <td>5 <input type="checkbox"/> De 26 000 a 35 999 escudos</td> <td>11 <input type="checkbox"/> Mais de 200 000 escudos</td> </tr> <tr> <td>6 <input type="checkbox"/> De 36 000 a 45 999 escudos</td> <td>99 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde</td> </tr> </table>			1 <input type="checkbox"/> Menos de 5 000 escudos	7 <input type="checkbox"/> De 46 000 a 65 999 escudos	2 <input type="checkbox"/> De 5 000 a 9 999 escudos	8 <input type="checkbox"/> De 66 000 a 75 999 escudos	3 <input type="checkbox"/> De 10 000 a 13 999 escudos	9 <input type="checkbox"/> De 76 000 a 99 999 escudos	4 <input type="checkbox"/> De 14 000 a 25 999 escudos	10 <input type="checkbox"/> De 100 000 a 200 000 escudos	5 <input type="checkbox"/> De 26 000 a 35 999 escudos	11 <input type="checkbox"/> Mais de 200 000 escudos	6 <input type="checkbox"/> De 36 000 a 45 999 escudos	99 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
1 <input type="checkbox"/> Menos de 5 000 escudos	7 <input type="checkbox"/> De 46 000 a 65 999 escudos													
2 <input type="checkbox"/> De 5 000 a 9 999 escudos	8 <input type="checkbox"/> De 66 000 a 75 999 escudos													
3 <input type="checkbox"/> De 10 000 a 13 999 escudos	9 <input type="checkbox"/> De 76 000 a 99 999 escudos													
4 <input type="checkbox"/> De 14 000 a 25 999 escudos	10 <input type="checkbox"/> De 100 000 a 200 000 escudos													
5 <input type="checkbox"/> De 26 000 a 35 999 escudos	11 <input type="checkbox"/> Mais de 200 000 escudos													
6 <input type="checkbox"/> De 36 000 a 45 999 escudos	99 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde													
FILTRO 49: PARA TODOS OS EMPREGADOS ((EP017 = 1 OU EP017 = 2) E (IDADE > = 5 ANOS E IDADE > = 17 ANOS))														
EP048B	Que despesas (NOME) faz com o que ganha? Se responder despesas pessoais, pergunte que tipo de despesas (MÚLTIPLA ESCOLHA)													
A. <input type="checkbox"/> Jogos, brinquedos, diversão, recreação, etc B. <input type="checkbox"/> Despesas escolares C. <input type="checkbox"/> Contribui para as despesas domésticas D. <input type="checkbox"/> Envia para outros agregados E. <input type="checkbox"/> Compra de vestuário e calçado F. <input type="checkbox"/> Entrega para os pais /família G. <input type="checkbox"/> Não faz despesas, guarda / poupança H. <input type="checkbox"/> Outro (especifique) _____ X. <input type="checkbox"/> Não Sabe / Não Responde														
EP048C	Do total que ganha quanto entrega ao seu agregado familiar: (LER AS MODALIDADES)													
1 <input type="checkbox"/> Tudo 2 <input type="checkbox"/> Metade ou mais 3 <input type="checkbox"/> Menos de metade 4 <input type="checkbox"/> Não entrega 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe / Não Responde														
EP048D	Qual a principal razão por que (NOME) realiza esta atividades / trabalho?													
1 <input type="checkbox"/> Para pagar ou ajudar a pagar uma dívida (família, empregador, etc) 2 <input type="checkbox"/> O seu agregado precisa da sua contribuição financeira 3 <input type="checkbox"/> O seu agregado precisa do seu trabalho 4 <input type="checkbox"/> Para aprenda uma profissão/ofício 5 <input type="checkbox"/> Para pagar sua escola 6 <input type="checkbox"/> Para ter um rendimento/salário próprio 7 <input type="checkbox"/> Por diversão ou apenas para ajudar 8 <input type="checkbox"/> Não estuda 9 <input type="checkbox"/> Para substituir alguém temporariamente 88 <input type="checkbox"/> Outro (Especifique) _____ 99 <input type="checkbox"/> Não Sabe / Não Responde														

EP048E	Qual é o sexo do responsável da pessoa para quem (NOME) trabalha?	NOVO!
1	<input type="checkbox"/> Masculino	9 <input type="checkbox"/> Não Sabe / Não Responde
2	<input type="checkbox"/> Feminino	
ATIVIDADE SECUNDÁRIA		
FILTRO 50: SE EP017 = 2 E IDADE > = 5 ANOS		
EP051	Qual é a ocupação (cargo ou função) que (NOME) exerceu nos últimos 7 dias, na sua atividade secundária?	
<hr/> <hr/> <p>(Exemplo: Trabalhador não qualificado da agricultura de regadio, padeiro, professor do EBI, médico pediatra, etc.)</p>		
EP052	Descreva a principal atividade/tarefa que (NOME) desempenhou nos últimos 7 dias, na sua atividade secundária?	
<hr/> <hr/> <p>(Exemplo: Fazer plantação de banana, fazer pães, dar aulas no EBI, examinar crianças, etc.)</p>		
EP053	Qual era a atividade económica principal da empresa/entidade onde (NOME) exerceu a sua atividade secundária, na semana passada?	
<hr/> <hr/> <p>(Exemplo: Cultura de banana, Panificação, ensino primário, atividades em estabelecimentos de saúde com internamento, etc.)</p>		
EP054	Para quem (NOME) trabalhou nos últimos 7 dias, na sua ocupação secundária?	
1 <input type="checkbox"/> Administração pública (Central ou Municipal) 2 <input type="checkbox"/> Sector empresarial privado 3 <input type="checkbox"/> Sector empresarial do Estado (Ex:Enapor, ELECTRA, CABNAVE) 4 <input type="checkbox"/> Por conta própria com pessoas ao serviço - EMPREGADOR 5 <input type="checkbox"/> Por conta própria sem pessoas ao serviço 6 <input type="checkbox"/> Trabalhador familiar que contribuem para uma empresa familiar ou ajudante familiar (num negócio, gabinete profissional, ou exploração agrícola orientado para o mercado) 7 <input type="checkbox"/> Em casa de família (trabalhador doméstico) 8 <input type="checkbox"/> Uma Cooperativa de produtores 88 <input type="checkbox"/> Outro (Especifique) _____ (p. ex.: ONG's, sindicatos, igreja, etc)		
EP055	Por que razão (NOME) possui uma atividade secundária?	
1 <input type="checkbox"/> Há o risco de perder o emprego principal/emprego transitório 2 <input type="checkbox"/> Precisava de ganhar mais dinheiro 3 <input type="checkbox"/> Queria trabalhar mais horas 4 <input type="checkbox"/> Outro motivo (Especifique) _____ 9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde		
EP056	Nos últimos 7 dias, quantas horas (NOME) trabalhou na sua OCUPAÇÃO SECUNDÁRIA?	
Total de horas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

EP057	Quanto (NOME) ganhou pelo trabalho que exerceu no mês passado ou quanto estima o rendimento pelo trabalho exercido, na sua ocupação secundária?													
1 <input type="checkbox"/> Montante citado (em escudos) 2 <input type="checkbox"/> Montante em intervalo ==> Passe a EP057B 3 <input type="checkbox"/> Não trabalhava ==> Passe a EP056A EP057A – Montante em escudo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ==> Passe a EP056A EP057B – Montante em Intervalo <table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/> Menos de 5 000 escudos</td> <td>7 <input type="checkbox"/> De 46 000 a 65 999 escudos</td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/> De 5 000 a 9 999 escudos</td> <td>8 <input type="checkbox"/> De 66 000 a 75 999 escudos</td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/> De 10 000 a 13 999 escudos</td> <td>9 <input type="checkbox"/> De 76 000 a 99 999 escudos</td> </tr> <tr> <td>4 <input type="checkbox"/> De 14 000 a 25 999 escudos</td> <td>10 <input type="checkbox"/> De 100 000 a 200 000 escudos</td> </tr> <tr> <td>5 <input type="checkbox"/> De 26 000 a 35 999 escudos</td> <td>11 <input type="checkbox"/> Mais de 200 000 escudos</td> </tr> <tr> <td>6 <input type="checkbox"/> De 36 000 a 45 999 escudos</td> <td>99 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde</td> </tr> </table>			1 <input type="checkbox"/> Menos de 5 000 escudos	7 <input type="checkbox"/> De 46 000 a 65 999 escudos	2 <input type="checkbox"/> De 5 000 a 9 999 escudos	8 <input type="checkbox"/> De 66 000 a 75 999 escudos	3 <input type="checkbox"/> De 10 000 a 13 999 escudos	9 <input type="checkbox"/> De 76 000 a 99 999 escudos	4 <input type="checkbox"/> De 14 000 a 25 999 escudos	10 <input type="checkbox"/> De 100 000 a 200 000 escudos	5 <input type="checkbox"/> De 26 000 a 35 999 escudos	11 <input type="checkbox"/> Mais de 200 000 escudos	6 <input type="checkbox"/> De 36 000 a 45 999 escudos	99 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
1 <input type="checkbox"/> Menos de 5 000 escudos	7 <input type="checkbox"/> De 46 000 a 65 999 escudos													
2 <input type="checkbox"/> De 5 000 a 9 999 escudos	8 <input type="checkbox"/> De 66 000 a 75 999 escudos													
3 <input type="checkbox"/> De 10 000 a 13 999 escudos	9 <input type="checkbox"/> De 76 000 a 99 999 escudos													
4 <input type="checkbox"/> De 14 000 a 25 999 escudos	10 <input type="checkbox"/> De 100 000 a 200 000 escudos													
5 <input type="checkbox"/> De 26 000 a 35 999 escudos	11 <input type="checkbox"/> Mais de 200 000 escudos													
6 <input type="checkbox"/> De 36 000 a 45 999 escudos	99 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde													
EP056A	Total de horas trabalhadas (atividade principal e atividade secundária). Cálculo feito de forma automática 													
Total de horas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ==> Passe a EP045 se EP056A > 40 ==> Passe a EP045A se EP056A = 40														
EP043	Por que motivo (NOME) trabalhou menos de 40 horas nos últimos 7 dias?													
1 <input type="checkbox"/> Não quer trabalhar mais horas ==> Passe a EP045A 2 <input type="checkbox"/> Horário fixado pela lei ou pelo empregador 3 <input type="checkbox"/> Menos trabalho devido a má conjuntura 4 <input type="checkbox"/> Problemas pessoais (saúde, ocupações caseiras, etc.) 5 <input type="checkbox"/> Outros (Especifique) _____ 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe / Não Responde														
EP044	Se (NOME) tivesse encontrado um outro trabalho que lhe permitiria trabalhar mais algumas horas por semana, estaria disponível a aceitar imediatamente ou pelo menos dentro de duas semanas seguintes?													
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe / Não Responde } Passe a EP045A														
EP045	Qual é a principal razão por que (NOME) trabalhou mais de 40 horas?													
1 <input type="checkbox"/> Horário normal 2 <input type="checkbox"/> Excesso de trabalho devido a boa conjuntura 3 <input type="checkbox"/> Excesso de trabalho para responder as necessidades 8 <input type="checkbox"/> Outro (Especifique) _____ 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe / Não Responde														
SUBUTILIZAÇÃO DA MÃO DE OBRA  FILTRO 51: SE E (P017 = 1 OU EP017=2) E IDADE >= 5 ANOS														
EP045A	(NOME) está satisfeito com o seu trabalho principal?													
1 <input type="checkbox"/> Nada satisfeito 2 <input type="checkbox"/> Pouco satisfeito 3 <input type="checkbox"/> Bastante satisfeito 4 <input type="checkbox"/> Muito satisfeito 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe / Não Responde														

EP045B	(NOME) gostaria de mudar o seu trabalho principal?	
1	<input type="checkbox"/>	Sim
2	<input type="checkbox"/>	Não ==> Passe EP016
9	<input type="checkbox"/>	Não Sabe / Não Responde ==> Passe EP016
EP045C	Qual é a principal razão para querer mudar do seu trabalho principal?	
1	<input type="checkbox"/>	O trabalho atual é temporário
2	<input type="checkbox"/>	Sente-se na iminência de perder o emprego atual
3	<input type="checkbox"/>	Melhores salários
4	<input type="checkbox"/>	Melhores condições laborais (vínculo)
5	<input type="checkbox"/>	Mudança de residência
6	<input type="checkbox"/>	Melhor carga horária
7	<input type="checkbox"/>	Para usar melhor suas competências/habilidades
8	<input type="checkbox"/>	Distância
88	<input type="checkbox"/>	Outro (Especifique) _____
99	<input type="checkbox"/>	Não Sabe / Não Responde
TODOS PASSAM A EP016		
DESEMPREGADOS / INACTIVOS		
FILTRO 52: SE IDADE >= 15 E (EP010 = 1 OU EP010 = 2)		
EP058	(NOME) alguma vez trabalhou?	
1	<input type="checkbox"/>	Sim
2	<input type="checkbox"/>	Não
9	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde } Passe a EP061
EP059	Há quanto tempo (NOME) trabalhou pela última vez?	
1	<input type="checkbox"/>	3 meses ou menos
2	<input type="checkbox"/>	De 4 a 6 meses
3	<input type="checkbox"/>	De 7 a 9 meses
4	<input type="checkbox"/>	De 10 a 11 meses
5	<input type="checkbox"/>	De 1 a 4 anos
6	<input type="checkbox"/>	5 anos ou mais
9	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde } Passe a EP016
EP060	Por que razão (NOME) deixou de trabalhar ou perdeu o trabalho?	
1	<input type="checkbox"/>	Fim de contrato
2	<input type="checkbox"/>	Redução da actividade
3	<input type="checkbox"/>	Falência / Suspensão da actividade da entidade empregadora
4	<input type="checkbox"/>	Problemas disciplinares/conflitos laborais
5	<input type="checkbox"/>	Por motivos de doença ou invalidez permanente
6	<input type="checkbox"/>	Reforma / aposentação
7	<input type="checkbox"/>	Responsabilidade familiar
8	<input type="checkbox"/>	Devido à pandemia da COVID-19
88	<input type="checkbox"/>	Outro (Especifique) _____
99	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde
SÓ PARA A PESSOA QUE PROCUROU TRABALHO E ESTÁ DISPONIVEL PARA TRABALHAR		
FILTRO 53: SE IDADE >= 15 E (EP010 = 1 OU EP011 = 1) E EP014 = 1)		
EP061	Há quanto tempo (NOME) está sem trabalho e à procura de trabalho?	
1	<input type="checkbox"/>	Ano ==> Passe EP061A
2	<input type="checkbox"/>	Meses ==> Passe EP061B
3	<input type="checkbox"/>	Dias ==> Passe EP061C
		EP061A - Total anos <input type="text"/> <input type="text"/> ==> Passe EP062 EP061B - Total meses <input type="text"/> <input type="text"/> ==> Passe EP062 EP061C - Total dias <input type="text"/> <input type="text"/>
EP062	Durante o tempo que esteve sem trabalho, (NOME) encontrou ou ofereceram-lhe algum trabalho que tenha recusado?	
1	<input type="checkbox"/>	Sim
2	<input type="checkbox"/>	Não
9	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde } Passe a EP064

EP063	Qual foi a principal razão pela qual (NOME) recusou esse trabalho?	
1	<input type="checkbox"/> Salário baixo	6 <input type="checkbox"/> Por razões familiares
2	<input type="checkbox"/> Por estar a frequentar um estabelecimento de ensino	7 <input type="checkbox"/> Considera o trabalho degradante
3	<input type="checkbox"/> Inadequado com as qualificações	8 <input type="checkbox"/> Aguarda outra oportunidade
4	<input type="checkbox"/> Condições de trabalho pouco atrativos	88 <input type="checkbox"/> Outras razões _____
5	<input type="checkbox"/> Dificuldade de transporte	99 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
EP064	Que tipo de trabalho, (NOME) gostaria de exercer?	
1	<input type="checkbox"/> O que corresponde ao que melhor sabe fazer (qualificações)	
2	<input type="checkbox"/> Indiferente (qualquer trabalho)	
3	<input type="checkbox"/> Outro (Especifique) _____	
9	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não Responde	
EP065	Quantas horas (NOME) gostaria de trabalhar por semana?	
Total de horas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 999 - Não sabe / Não responde		
EP066	Caso não encontrasse trabalho no seu concelho de residência, (NOME) estaria disponível para ir trabalhar num outro concelho sem encargo para o empregador?	
1	<input type="checkbox"/> Sim	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
2	<input type="checkbox"/> Não	
FILTRO 54: PARA TODOS OS INDIVÍDUOS DE 10 ANOS OU MAIS		
EP016	Qual foi o principal meio de vida ou fonte de rendimento de (NOME), nos últimos 12 meses?	
1	<input type="checkbox"/> Trabalho	
2	<input type="checkbox"/> Rendimento de propriedade/Empresa	
3	<input type="checkbox"/> Ajuda de familiares em Cabo Verde	
4	<input type="checkbox"/> Ajuda de familiares no estrangeiro	
5	<input type="checkbox"/> Reforma	
6	<input type="checkbox"/> Pensão social mínimo	
7	<input type="checkbox"/> Outras pensões	
8	<input type="checkbox"/> Outro (Especifique) _____	

IX. MÓDULO TRABALHO INFANTIL

FILTRO 55: SÓ PARA INDIVÍDUOS DE 5 A 17 ANOS DE IDADE QUE TRABALHAM
(IDADE ≥ 5 E IDADE ≤ 17 E (EP017 = 1 ou EP017 = 2))



TRABALHOS PERIGOSOS

“Gostaríamos de saber mais sobre o que as crianças e jovens de Cabo Verde estão fazendo quando estão trabalhando. As respostas a essas perguntas nos ajudarão a determinar como garantir a proteção das crianças.

“Peço agora que reflitam sobre o trabalho que (NOME) fez nos últimos 7 dias.”

Nos últimos 7 dias, (NOME) :

Ti001	Levantou, transportou, empurrou ou puxou cargas pesadas para o seu tamanho? Por exemplo, lenha ou água, colheitas, tijolos, lixo/sucata, pedras, outros objetos pesados?
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
Ti002	Trabalhou em altura exigindo que suba uma boa distância do solo, com risco de lesão? Por exemplo, subir em uma escada mais alta que você, no topo de uma árvore, em um andaime ou em uma plataforma de construção.
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
Ti003	Usou ferramentas elétricas ou a gasolina/gasolão? Por exemplo, furadeiras, serras manuais (serrote, arco, universal, etc.), serras elétrica (marmore, circular, tico tico, fita, etc.), lixadeiras elétricas, britadeiras.
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
Ti004	Usou ferramentas afiadas? Por exemplo, machados, facas, facões, machim.
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
Ti005	Usou máquinas pesadas, volumosas, ou dirigir veículos? Por exemplo, máquinas maiores do que (NOME) – máquinas de montagem, tratores, empilhadeiras, guindastes de elevação, caminhões, motocicletas, etc.
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
Ti006	Trabalhou com fogo, fornos, máquinas ou ferramentas muito quentes, ou cabos elétricos danificados, correndo o risco de se queimar? Por exemplo, fogo aberto, fornos, ferros, ferramentas de soldagem, superfícies de metal quente, queimadores, fios/cabos elétricos, olarias.
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
Ti007	Trabalhou num lugar muito barulhento, onde (NOME) tem que gritar para ser ouvido? Por exemplo, maquinaria muito barulhenta, tráfego intenso.
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
Ti008	Trabalhou num local externo ou interno (ventilação insuficiente) onde é difícil respirar ou ver claramente devido à poeira, areia ou fumaça?
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde

TI009	Trabalhou num lugar onde faz muito frio, ao ar livre na chuva ou em local húmido? Por exemplo, em uma câmara frigorífica/geladeira, ou em dias de chuva/tempestades	
1	<input type="checkbox"/>	Sim
2	<input type="checkbox"/>	Não
9	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde
TI010	Trabalhou longas horas exposto ao sol quente?	
1	<input type="checkbox"/>	Sim
2	<input type="checkbox"/>	Não
9	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde
TI011	Trabalhou no subsolo num poço ou túnel de mina ou outro espaço muito confinado? Por exemplo, descer uma mina para trazer rochas/pedras/carvão, esmagar rochas/pedras/carvão no subsolo.	
1	<input type="checkbox"/>	Sim
2	<input type="checkbox"/>	Não
9	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde
TI012	Trabalhou debaixo d'água? Por exemplo, mergulhar para pegar lagosta, conchas, desembaraçar redes no mar?	
1	<input type="checkbox"/>	Sim
2	<input type="checkbox"/>	Não
9	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde
TI013	Trabalhou com ou perto de produtos químicos agrícolas? Ou ajudando um terceiro a usar esses produtos. Por exemplo, pulverizar ou espalhar fertilizantes para promover o crescimento das plantas ou a colheita; pulverizar ou espalhar pesticidas/herbicidas para destruir insetos ou ervas daninhas; limpeza de recipientes de pesticidas	
1	<input type="checkbox"/>	Sim
2	<input type="checkbox"/>	Não
9	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde
TI014	Trabalhou com líquidos ou pós que irritam a pele, queimam facilmente, liberam gases com cheiro ruim ou podem explodir? Por exemplo, produtos de limpeza, óleo ou gás, tintas, colas, lixívia, desinfetantes, corantes, solventes, baterias, mercúrio ou outros produtos químicos.	
1	<input type="checkbox"/>	Sim
2	<input type="checkbox"/>	Não
9	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde
TI015	Trabalhou em contato com grandes animais domésticos (por exemplo, vaca, cavalo, etc.), ou com estrume (por exemplo, limpeza de curral, chiqueiros)?	
1	<input type="checkbox"/>	Sim
2	<input type="checkbox"/>	Não
9	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde
TI016	Trabalhou, executando a mesma tarefa repetidamente em um ritmo acelerado por longas horas? Por exemplo, tecelagem, triturar pedras	
1	<input type="checkbox"/>	Sim
2	<input type="checkbox"/>	Não
9	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde
TI017	Já foi punido por má conduta no trabalho?	
1	<input type="checkbox"/>	Sim
2	<input type="checkbox"/>	Não
9	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde
TI018	Teria o direito ou pode deixar o local de trabalho em caso de doença, lesão, problema familiar grave ou de desistir deste emprego?	
1	<input type="checkbox"/>	Sim
2	<input type="checkbox"/>	Não
9	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde

VIOLÊNCIA NO LOCAL DE TRABALHO	
LEIA O SEGUINTE: “Obrigado por me contar sobre o que (NOME) faz no trabalho. Gostaria agora de lhe fazer algumas perguntas sobre coisas que as pessoas às vezes fazem com crianças e adolescentes para machucá-los, deixá-los desconfortáveis, aborrecê-los ou assustá-los no trabalho. Não há respostas certas ou erradas para essas perguntas. Só queremos saber o que você pensa”.	
TI019	Às vezes, alguém ataca fisicamente uma criança ou adolescente no trabalho. Alguém no trabalho já atacou (NOME) com soco, tapa, pontapé ou com algum objeto com a intenção de causar dano físico? Se sim, diga se foi um adulto ou outra criança/adolescente?
1 <input type="checkbox"/> Sim, um adulto 2 <input type="checkbox"/> Sim, outra criança/adolescente	3 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
TI020	Quando crianças e adolescentes estão no trabalho, algumas pessoas às vezes dizem ou fazem coisas que as assustam e as fazem temer por sua segurança. Desde que (NOME) começou a fazer este trabalho, alguém no trabalho ameaçou ou agrediu (NOME)? Se sim, diga se foi um adulto ou outra criança/adolescente?
1 <input type="checkbox"/> Sim, um adulto 2 <input type="checkbox"/> Sim, outra criança/adolescente	3 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
TI021	Quando crianças e adolescentes estão no trabalho, algumas pessoas às vezes dizem ou fazem coisas que as fazem se sentir mal. Desde que (NOME) está fazendo este trabalho, alguém no trabalho já ridicularizou, insultou ou humilhou (NOME)? Se sim, diga se foi um adulto ou outra criança/adolescente?
1 <input type="checkbox"/> Sim, um adulto 2 <input type="checkbox"/> Sim, outra criança/adolescente	3 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
LESÕES	
LEIA O SEGUINTE: “Obrigado por me contar o que aconteceu no trabalho. Agora eu gostaria de lhe perguntar sobre acidentes e lesões graves que (NOME) sofreu no trabalho. Uma lesão grave impede a criança de viver uma vida normal, como ir à escola ou ao trabalho, e/ou requer atenção médica de um médico ou enfermeiro”.	
TI022	Desde que (NOME) trabalha, teve um incidente ou lesão grave resultante de uma queda por causa do trabalho que faz? Por exemplo: cair de andaime, prédio, escada, árvore
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
TI023	Desde que (NOME) trabalha, teve lesões resultantes da queda de um objeto muito pesado ou esmagamento por uma máquina pesada, veículo ou outra ferramenta de trabalho? Por exemplo: ficar preso ou esmagado por uma máquina pesada, veículo ou ferramenta usada no trabalho, ou ser vítima de um objeto pesado.
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
TI024	Desde que (NOME) trabalha, teve corte profundo?
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
TI025	Desde que (NOME) trabalha, teve problemas de pele ou queimadura grave (não queimadura solar)?
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde

TI026	Desde que (NOME) trabalha, teve contusões graves, inchaço? Por exemplo, distensão muscular, luxação		
1	<input type="checkbox"/>	Sim	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
2	<input type="checkbox"/>	Não	
TI027	Desde que (NOME) trabalha, foi mordida por um animal?		
1	<input type="checkbox"/>	Sim	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
2	<input type="checkbox"/>	Não	
TI028	Desde que (NOME) trabalha, teve lesão na cabeça, costas ou pescoço?		
1	<input type="checkbox"/>	Sim	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
2	<input type="checkbox"/>	Não	
TI029	Desde que (NOME) trabalha, sofreu alguma fratura?		
1	<input type="checkbox"/>	Sim	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
2	<input type="checkbox"/>	Não	
TI030	Desde que (NOME) trabalha, teve perda de uma parte do corpo? Por exemplo, um dedo, uma mão, uma perna		
1	<input type="checkbox"/>	Sim	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
2	<input type="checkbox"/>	Não	
TI031	Desde que (NOME) trabalha, teve danos nos olhos ou na audição?		
1	<input type="checkbox"/>	Sim	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
2	<input type="checkbox"/>	Não	
TI032	Desde que (NOME) trabalha, levou choque elétrico?		
1	<input type="checkbox"/>	Sim	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
2	<input type="checkbox"/>	Não	
TI033	Desde que (NOME) trabalha, esteve perto de afogamento?		
1	<input type="checkbox"/>	Sim	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
2	<input type="checkbox"/>	Não	
TI034	(NOME) sofreu algum problema respiratório ou intoxicação?		
1	<input type="checkbox"/>	Sim	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
2	<input type="checkbox"/>	Não	
TI035	(NOME) sofreu alguma outra lesão além das já mencionadas?		
1	<input type="checkbox"/>	Sim	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde ==> Passe TI037
2	<input type="checkbox"/>	Não ==> Passe TI037	
TI036	Qual era a natureza desta lesão?		
<hr/>			
TI037	Gostaria agora de lhe perguntar sobre a saúde geral de (NOME). Em comparação com outras crianças da mesma idade que (NOME), você diria que a saúde de (NOME) está muito bom, bom, regular ou ruim?		
1	<input type="checkbox"/>	Muito bom	3 <input type="checkbox"/> Regular 9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
2	<input type="checkbox"/>	Bom	4 <input type="checkbox"/> Ruim

SAÚDE PSICOLÓGICA	
LEIA O SEGUINTE: "Agora vou fazer algumas perguntas sobre como (NOME) tem se sentido desde que começou a trabalhar".	
Ti038	(NOME) alguma vez, por causa do seu trabalho, não conseguiu cumprir com as obrigações escolares? Por exemplo: não fazer tarefas escolares, faltar aulas, etc.
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
Ti039	(NOME) muitas vezes sente dores de cabeça, dores de estômago ou outros problemas de saúde?
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
Ti040	(NOME) se sente tão cansado ao ponto de ter dificuldade para se concentrar no trabalho?
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
Ti041	(NOME) está se sentindo infeliz, deprimido ou à beira das lágrimas?
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
Ti042	(NOME) sente muita ansiedade, nervosismo ou medo?
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
Ti043	(NOME) pode contar com alguém em quem confiar seus problemas?
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
Ti044	Durante a realização de um trabalho (NOME) teve um acidente, lesão ou ficou doente?
1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não ==> Passe Ti049	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde ==> Passe Ti049
Ti045	Que tipo de cuidados (NOME) necessitou devido ao acidente, lesão ou doença que teve?
1 <input type="checkbox"/> Automedicou-se 2 <input type="checkbox"/> Procurou os serviços de saúde 3 <input type="checkbox"/> Foi hospitalizado ou teve cuidados por menos de 15 dias 4 <input type="checkbox"/> Foi hospitalização ou teve cuidados por 15 ou mais dias 5 <input type="checkbox"/> Não exigiu cuidados 9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde	
Ti046	O acidente, lesão ou doença que (NOME) teve, foi por causa do mesmo trabalho executado nos últimos 7 dias?
1 <input type="checkbox"/> Sim ==> Passe Ti049 2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde
Ti047	Que tipo de trabalho (NOME) fazia quando teve o acidente?
<hr/> <hr/> <p>(Exemplo: Trabalhador não qualificado da agricultura de regadio, padeiro, carrega pedra, etc.)</p>	

TI048	Descreva as tarefas que (NOME) fazia quando teve o acidente?	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <p style="text-align: center;">(Exemplo: Fazer plantação de banana, fazer pães, carrega pedra, etc.)</p>		
TI049	Geralmente, (NOME) se sente seguro no trabalho?	
1	<input type="checkbox"/>	Sim
2	<input type="checkbox"/>	Não
9	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde
TI050	(NOME) sente orgulho pelo trabalho realizado?	
1	<input type="checkbox"/>	Sim
2	<input type="checkbox"/>	Não
9	<input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde

X.MÓDULO OUTRAS FORMAS DE TRABALHO

FILTRO 56: PARA INDIVÍDUO DE 5 ANOS OU MAIS

PRODUÇÃO PARA O PRÓPRIO CONSUMO E CONSTRUÇÃO PARA O PRÓPRIO USO



ATENÇÃO!

Por favor leia o texto

Agora vou fazer-lhe algumas questões relacionadas com trabalhos que pode ter exercido para o consumo no próprio agregado familiar:

EP0410 Nos últimos 7 dias, (NOME) exerceu atividades em cultivo, pesca, caça ou criação de animais destinadas somente à alimentação das pessoas que vivem no agregado?

1 ☐ Sim9 ☐ Não sabe / Não responde ==> Passe EP04132 ☐ Não ==> Passe EP0413

EP0411 Nos últimos 7 dias quantas horas, aproximadamente, (NOME) dedicou efetivamente a essas atividades?

Total de horas

EP0412 Qual foi a principal atividade, em termos de horas dedicadas, que (NOME) exerceu nos últimos 7 dias?

(Exemplo: cultivo de milho, pesca, criação de vaca, etc.)

EP0413 Nos últimos 7 dias, (NOME) exerceu atividades na produção de carvão, corte ou apanha de lenha, água de fontes naturais, areia, brita, ou outro material destinado somente ao próprio uso das pessoas que vivem no mesmo agregado familiar?

1 ☐ Sim9 ☐ Não sabe / Não responde ==> Passe EP04162 ☐ Não ==> Passe EP0416

EP0414 Nos últimos 7 dias quantas horas, aproximadamente, (NOME) dedicou efetivamente a essas atividades?

Total de horas

EP0415 Qual foi a principal atividade, em termos de horas dedicadas, que (NOME) exerceu nos últimos 7 dias?

(Exemplo: Extração de areia, Extração de brita, corte de lenha, busca de água, etc.)

EP0416 Nos últimos 7 dias, (NOME) exerceu atividades na produção de roupas, tricô, renda/crochê, bordado, cerâmicas, rede de pesca, alimentos de carácter durabilidade ou bebidas alcoólicas, produtos medicinais destinados somente ao próprio uso das pessoas que vivem no mesmo agregado familiar?

1 ☐ Sim9 ☐ Não sabe / Não responde ==> Passe EP04192 ☐ Não ==> Passe EP0419

EP0417 Nos últimos 7 dias quantas horas, aproximadamente, (NOME) dedicou efetivamente a todas essas atividades?



Total de horas

EP0418 Qual foi a principal atividade, em termos de horas dedicadas, que (NOME) exerceu nos últimos 7 dias?

(Exemplo: Produção de renda / bordado, fabricação ponche, fabricação de artigos de cerâmica, etc.)

EP0419 Nos últimos 7 dias, (NOME) exerceu atividades de construção ou grandes reparação de casa, muro, telhado, forno ou churrasqueira, pintura da casa, abrigo para animais ou outras obras destinadas somente ao próprio uso das pessoas que vivem no mesmo agregado familiar?

1 ☐ Sim9 ☐ Não sabe / Não responde ==> Passe EP0422A2 ☐ Não ==> Passe EP0422A

EP0420	Nos últimos 7 dias quantas horas, aproximadamente, (NOME) dedicou efetivamente a todas essas atividades?	
Total de horas __ __ __		
EP0421	Qual foi a principal atividade, em termos de horas dedicadas, que (NOME) exerceu nos últimos 7 dias?	
<p>(Exemplo: Construção de casa, pintura da casa, construção de um muro, etc.)</p>		
FILTRO 57: PARA INDIVÍDUO DE 10 ANOS OU MAIS		
TRABALHO VOLUNTÁRIO		
<p>Por favor leia o texto</p> <p> ATENÇÃO ! Agora vou fazer-lhe algumas questões relacionados com trabalho que pode ter realizado a título de voluntariado (trabalho social não obrigatório e gratuito, ou seja, sem uma remuneração):</p>		
EP0422 (De A a G)	Nos últimos 7 dias, (NOME) trabalhou, durante pelo menos uma hora, voluntariamente sem qualquer tipo de remuneração para: (LER CADA MODALIDADE UMA A UMA)	
		1. Sim 2. Não
A. Congregação religiosa, sindicato, condomínio, partido político, escola, hospital, lar idoso?		__ __
B. Associação de moradores, associação esportivas, ONG, grupo de apoio ou outra associação?		__ __
C. Moradores de uma zona ou localidade (limpando, dando aulas, organizando festa ou outros eventos)?		__ __
D. Conservação do meio ambiente ou de proteção de animais?		__ __
E. Pessoas que não eram parentes e não moravam no agregado, realizando tarefas domésticas ou de cuidados de crianças, idosos, enfermos ou pessoas com necessidades especiais?		__ __
F. Pessoas que não eram parentes e não moravam no agregado, realizando serviços profissionais (de electricidade, pedreiro, advogado, professor, etc)?		__ __
G. Outro tipo de trabalho voluntário? (Especifique)		__ __
FILTRO 58: SE (EP0422A OU... OU EP0422G) = 1		
EP0423	Com que frequência (NOME) costuma trabalhar voluntariamente (sem remuneração)?	
1	__ Uma vez por mês	4 __ Eventualmente ou sem frequência definida
2	__ Duas ou três vezes por mês	9 __ Não sabe / Não respondeu
3	__ Quatro ou mais vezes por mês	
EP0424	Nos últimos 7 dias quantas horas, aproximadamente, (NOME) trabalhou voluntariamente sem remuneração?	
Total de horas __ __ __		
EP0425	Qual foi a principal tarefa que (NOME) exerceu voluntariamente nos últimos 7 dias?	
<p> ATENÇÃO ! AQUELE QUE DEDICOU MAIS TEMPO</p> <p>(Exemplo: Cuidar de crianças / idosos, campanha de limpeza, trocar uma lâmpada, etc.)</p>		
EP0426	(NOME) exerceu essa tarefa para alguma empresa, organização ou instituição?	
1	__ Sim, para uma empresa	3 __ Nenhuma ==> Passe a EP0428A
2	__ Sim, para uma organização ou instituição	9 __ Não sabe / Não responde ==> Passe a EP0428A
EP0427	Qual era a principal atividade da empresa, organização ou instituição para a qual (NOME) exerceu essa tarefa?	
(Exemplo: atividades religiosas, associativas, sindicais, políticas, etc)		

FILTRO 59: PARA INDIVÍDUO DE 10 ANOS OU MAIS

CUIDADO DE PESSOAS

Por favor leia o texto



ATENÇÃO!

Agora vou fazer-lhe algumas questões relacionados com os cuidados de pessoas (crianças, idosos, enfermos ou pessoas com necessidade especiais) que pertencem a este agregado familiar:

EP042
8

(De A a F)

Nos últimos 7 dias, (NOME) realizou tarefas de cuidados a pessoas que pertencem a este agregado familiar que eram crianças, idosos, enfermos ou pessoas com necessidade especiais, tais como:

1. Sim 2. Não

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| A. Auxiliou nos cuidados pessoais (alimentar, vestir, pentear, dar remédios, colocar para dormir)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Auxiliou em atividades educacionais de crianças, idosos, enfermos ou pessoas com necessidade especiais? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Leu, jogou ou brincou com crianças, idosos, enfermos ou pessoas com necessidade especiais? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Monitorou ou fez companhia dentro do agregado, à crianças, idosos, enfermos ou pessoas com necessidade especiais? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Acompanhou para escola, médico, exames, parque, praça, atividades sociais, culturais, esportivas ou religiosas, as crianças, idosos, enfermos ou pessoas com necessidade especiais? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Fez outras tarefas de cuidados à pessoas do agregado? (Especifique) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FILTRO 60: SE (EP0428A OU... OU EP0428F) = 1

EP0428
G

Nos últimos 7 dias quantas horas, aproximadamente, (NOME) dedicou às atividades de cuidados de pessoas pertencem a este agregado familiar?

Total de horas

EP0429



ATENÇÃO!

ATENÇÃO QUE AGORA SE TRATA DE PARENTES QUE PERTENCEM A OUTRO AGREGADO

1. Sim 2. Não

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| A. Auxiliou nos cuidados pessoais (alimentar, vestir, pentear, dar remédios, colocar para dormir)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Auxiliou em atividades educacionais de crianças, idosos, enfermos ou pessoas com necessidade especiais? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Leu, jogou ou brincou com crianças, idosos, enfermos ou pessoas com necessidade especiais? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Monitorou ou fez companhia dentro do agregado, à crianças, idosos, enfermos ou pessoas com necessidade especiais? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Acompanhou para escola, médico, exames, parque, praça, atividades sociais, culturais, esportivas ou religiosas, as crianças, idosos, enfermos ou pessoas com necessidade especiais? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Fez outras tarefas de cuidados de pessoas em outro agregado? (Especifique) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FILTRO 61: SE (EP0429A OU... OU EP0429F) = 1

EP0429
G

Nos últimos 7 dias quantas horas, aproximadamente, (NOME) dedicou às atividades de cuidados à parentes de outro agregado familiar?

Total de horas

FILTRO 62: PARA INDIVÍDUO DE 5 ANOS OU MAIS**TRABALHOS DOMÉSTICOS****Por favor leia o texto**

ATENÇÃO !

Agora vou fazer-lhe algumas questões relacionados com tarefas domésticas feitas no próprio agregado:**EP0430** Nos últimos 7 dias, (NOME) fez tarefas/trabalhos domésticas no próprio agregado, tais como: LER CADA
(De A a H) MODALIDADE UMA A UMA

1. Sim 2. Não

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| A. Preparou ou serviu alimentos, arrumou a mesa ou lavou as louças? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Cuidou da limpeza ou manutenção de roupas, sapatos, lençois, toalhas, etc? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Fez pequenos reparos ou manutenção no agregado, no automóvel, nos electrodomésticos ou outros equipamentos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Limpou ou arrumou o alojamento do agregado, a garagem, o quintal ou o jardim? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Cuidou da organização do alojamento (pagar contas, contratar serviços, orientar empregados, etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Fez compras ou pesquisou preços de bens para o agregado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Cuidou dos animais domésticos (cão, gato, piriquito, peixes aquário, etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Fez outras tarefas domésticas? (Especifique) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EP0431 Nos últimos 7 dias, (NOME) fez alguma tarefa/trabalho doméstica (o) (qualquer uma das mencionadas anteriormente) em casa de parente de outro agregado familiar?

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Sim | 9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde |
| 2 <input type="checkbox"/> Não | |

FILTRO 63: PELO MENOS UM SIM NAS PERGUNTAS (EP0430A OU...OU EP0431) =1**EP0432** Nos últimos 7 dias qual foi, aproximadamente, o total de horas que (NOME) dedicou às atividades de tarefas domésticas?

ATENÇÃO !

Contar apenas uma vez o tempo em horas dedicado simultaneamente a mais de uma atividade.Total de horas **EP9999** Resultado da Entrevista MÓDULO MERCADO TRABALHO

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Completa | 2 <input type="checkbox"/> Incompleta |
|-------------------------------------|---------------------------------------|

XI. MÓDULO CULTURA E LAZER

FILTRO 64: INDIVÍDUO SELECIONADO COM 5 ANOS OU MAIS



Secção I – ASPECTOS SOCIOCULTURAIS

HÁBITOS DE LEITURA

CL001 (NOME) costuma ler jornais, revistas, livros, magazine (digital ou impresso)?

- 1 ☐ Sim 9 ☐ Não sabe / Não responde ==> **Passe a CL006**
 2 ☐ Não ==> **Passe a CL006**

CL002 Com que frequência lê jornal (digital ou impresso)?

- 1 ☐ Pelo menos uma vez por dia/diariamente
 2 ☐ Pelo menos uma vez por semana, mas não todos os dias
 3 ☐ Várias vezes por mês, mas não todas as semanas
 4 ☐ Várias vezes por ano, mas não todos os meses
 5 ☐ Nunca
 9 ☐ Não sabe / Não responde

CL003 Com que frequência lê revistas (digital ou impresso)?

- 1 ☐ Pelo menos uma vez por dia/diariamente
 2 ☐ Pelo menos uma vez por semana, mas não todos os dias
 3 ☐ Várias vezes por mês, mas não todas as semanas
 4 ☐ Várias vezes por ano, mas não todos os meses
 5 ☐ Nunca
 9 ☐ Não sabe / Não responde

CL004 Com que frequência lê livros (digital ou impresso)?

- 1 ☐ Pelo menos uma vez por dia/diariamente
 2 ☐ Pelo menos uma vez por semana, mas não todos os dias
 3 ☐ Várias vezes por mês, mas não todas as semanas
 4 ☐ Várias vezes por ano, mas não todos os meses
 5 ☐ Nunca
 9 ☐ Não sabe / Não responde

CL005 Lê outros tipos de documentos diferente dos mencionados anteriormente?

- 1 ☐ Sim 9 ☐ Não sabe / Não responde ==> **Passe a CL006**
 2 ☐ Não ==> **Passe a CL006**

CL005A Que outros documentos Lê?

(Anote tudo que for mencionado)

CL005B Com que frequência lê outros documentos?

- 1 ☐ Pelo menos uma vez por dia/diariamente
 2 ☐ Pelo menos uma vez por semana, mas não todos os dias
 3 ☐ Várias vezes por mês, mas não todas as semanas
 4 ☐ Várias vezes por ano, mas não todos os meses
 5 ☐ Nunca
 9 ☐ Não sabe / Não responde

ACESSO À INFORMAÇÃO						
CL006	Quais dos meios utiliza para ter acesso a informação?					
		1.Sim	2. Não	9. NS / NR		
A. Rádio?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B. Televisão		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C. Internet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D. Jornais?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
E. Revista?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
X. Outro (especifique)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
FILTRO 65: SE CL006X = 1						
CL006X OUTRO	Outro tipo de acesso a informação					
<div></div> <p>(Anote tudo que for mencionado)</p>						
DOMÍNIO DE LÍNGUA						
CL007	Qual é a língua materna de (NOME)?					
LISTA DE LÍNGUA __ __						
CL008	Tem domínio de outra(s) língua(s) que não seja a materna?					
		1.Sim	2. Não	9. NS / NR		
A. Crioulo cabo-verdiano		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B. Língua portuguesa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C. Língua inglesa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D. Língua francesa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
E. Língua espanhola		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
F. Língua italiana		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
X. Outro (especifique)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
FILTRO 66: SE CL008X = 1						
CL008X OUTRO	Outro domínio de língua					
<div></div> <p>(Anote tudo que for mencionado)</p>						
Secção II – HÁBITOS E PRÁTICAS DO LAZER						
CL009	Nos últimos 3 meses com que frequência fez as seguintes atividades de lazer:					
		1.Nunca	2. Raramente	3. Às vezes	4. Frequentemente	5. Sempre
A. Ouviu rádio?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Foi a espetáculos teatrais?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Foi a festival/shows musicais e/ou concertos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Visitou (ou recebeu) familiares/amigos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Viajou de lazer fora do concelho?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Viajou de lazer fora da ilha/externo?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Ouviu, tocou e/ou estudou música?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Conviveu com os amigos e/ou colegas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Foi a restaurantes, bares e boates?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Fez exercícios físicos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Foi à praia de mar/piscina?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Foi ao cinema?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M. Assistiu televisão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Passeou com a família/amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O. Foi a missa/culto/catequese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P. Foi a biblioteca/museu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. Foi assistir jogos ou outras atividades desportivas (presencialmente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X. Realizou outras atividades de lazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FILTRO 67: SE CL008A OUOU CL008Q = 1 OU 2

CL010	Qual é o principal fator que dificultam (NOME) na prática de Lazer?
1 <input type="checkbox"/>	Não gosta
2 <input type="checkbox"/>	Falta de tempo
3 <input type="checkbox"/>	Problemas de saúde
4 <input type="checkbox"/>	Cansaço
5 <input type="checkbox"/>	Falta de dinheiro
6 <input type="checkbox"/>	Falta de companhia
7 <input type="checkbox"/>	Falta de companhia
8 <input type="checkbox"/>	Distância da infraestrutura
9 <input type="checkbox"/>	Não tem atividades religiosas
10 <input type="checkbox"/>	Não tem nenhuma dificuldade
88 <input type="checkbox"/>	Outro fator (especificar)
99 <input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde

CL010_ OUTRO	Outro fator
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> (Especificar)	

Secção III – DESPESAS

CL011	Sabe exatamente quanto gastou no último mês em atividades culturais associadas ao lazer?
1 <input type="checkbox"/>	Sim
2 <input type="checkbox"/>	Não ==> Passe a CL013
9 <input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde ==> Passe a CL013

CL012	Quanto gastou em escudos?
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	

CL013	Qual das opções enquadrada melhor o seu gasto: LER AS MODALIDADES
1 <input type="checkbox"/>	Menos de 5 000 escudos
2 <input type="checkbox"/>	De 5 000 a 9 999 escudos
3 <input type="checkbox"/>	De 10 000 a 13 999 escudos
4 <input type="checkbox"/>	De 14 000 a 25 999 escudos
5 <input type="checkbox"/>	De 26 000 a 35 999 escudos
6 <input type="checkbox"/>	De 36 000 a 45 999 escudos
7 <input type="checkbox"/>	De 46 000 a 65 999 escudos
8 <input type="checkbox"/>	De 66 000 a 75 999 escudos
9 <input type="checkbox"/>	De 76 000 a 99 999 escudos
10 <input type="checkbox"/>	De 100 000 a 200 000 escudos
11 <input type="checkbox"/>	Mais de 200 000 escudos
99 <input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde

CL014	Sabe exatamente quanto gastou no último mês em atividades desportivas associadas ao lazer?
1 <input type="checkbox"/>	Sim
2 <input type="checkbox"/>	Não ==> Passe a CL016
9 <input type="checkbox"/>	Não sabe / Não responde ==> Passe a CL016

CL015	Quanto gastou em escudos?
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	

EP998 B	Diga-me o e-mail de (NOME):
<hr/> (Escrever o e-mail)	
EP998 C	O INE poderá vir a mudar a forma de recolher informações. (NOME) preferiria um inquérito por telefone ou por e-mail?
1 <input type="checkbox"/> Por telefone 2 <input type="checkbox"/> Por email 3 <input type="checkbox"/> Por telefone e por email 4 <input type="checkbox"/> Nem por telefone e nem por e-mail 9 <input type="checkbox"/> Não sabe / Não responde	
FILTRO 70: PARA TODOS OS INDIVIDUOS	
RE001	Quem respondeu aos módulos?
1 <input type="checkbox"/> O Próprio individuo 2 <input type="checkbox"/> O representante do agregado 3 <input type="checkbox"/> Outro membro do agregado	
EP999	Resultado da entrevista do questionário individual
1 <input type="checkbox"/> Questionário completo 2 <input type="checkbox"/> Questionário incompleto por recusa 3 <input type="checkbox"/> Questionário incompleto por falta de informação	