

ID DO PONTO <input type="text"/>	VERIFIQUE A IDADE EM (AF03) NO AF: O QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL É APLICADO AOS INDIVÍDUOS DE 10 ANOS, COMEÇANDO SEMPRE PELA(O) INFORMANTE QUALIFICADA(O).																																																										
ALOJ.SELEC <input type="text"/>	AGREG.F.SELEC <input type="text"/>																																																										
MUT01: Questão Introdutória		Este agregado familiar tem empregada doméstica? SIM 1 <input type="checkbox"/> NAO 2 <input type="checkbox"/>																																																									
INSTRUÇÃO CHAVE: Por favor, gostaríamos de falar com a pessoa que, não sendo empregada doméstica (se existir), identifica-se ou, é identificada pelos restantes membros do agregado, como a (o) principal responsável pelas tarefas domésticas do agregado.																																																											
MUT01.A	Nº de linha do informante: <input type="text"/>	NOME e Nº DE LINHA da pessoa a que se refere os dados: <input type="text"/>	HORA do início da entrevista <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Horas</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>Min</td><td><input type="text"/></td></tr></table>	Horas	<input type="text"/>	Min	<input type="text"/>																																																				
Horas	<input type="text"/>																																																										
Min	<input type="text"/>																																																										
MUT02	Marque, com uma cruz (x) o dia a que se refere a recolha dos dados <i>(Trata-se do dia laboral ou não laboral, para a pessoa a que se refere os dados)</i>		Laboral <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>S</td><td>T</td><td>Q</td><td>Q</td><td>S</td><td>D</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> Não laboral <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	S	T	Q	Q	S	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
S	T	Q	Q	S	D																																																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Instrução chave sobre o dia de referência: as questões que se seguem referem-se ao período de 24 horas do dia de ontem.																																																											
0:00 Meia Noite de Antes de Ontem 12:00 Meio dia de Ontem 24:00 Meia Noite de Ontem																																																											
SECÇÃO 1. ATIVIDADES DO DIA																																																											
Da meia noite de antes de ontem, para meia noite de ontem... MUT03 (VOCÊ/NOME) dedicou algum tempo em trabalho/atividades que gera rendimentos?		MUT03.A: Quanto tempo dedicou? SIM NÃO HORAS MINUTOS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																																									
MUT04 Qual o meio transporte utilizado para chegar no local aonde (VOCÊ/NOME) exerce essa (s) atividade(s) e quanto tempo demorou? <i>(pode ter mais que uma resposta)</i> <i>(só deve incluir o tempo de ida e de volta)</i> <i>(se + de 1 meio de transporte utilizado, deve-se somar o tempo gasto)</i>		MUT04.A: Quanto tempo demorou? HORAS MINUTOS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																																									
A-Autocarro B-Táxi C-Carro/viatura Particular D- Bicicleta/ Moto E- A pé F- Outro G-NÃO FOI NECESSÁRIO <input type="checkbox"/>																																																											
Da meia noite de antes de ontem, para meia noite de ontem... MUT05 (VOCÊ/NOME) dedicou algum tempo (de manhã, meio dia, ou à noite): A dormir? Em cuidados e higiene pessoal? A tomar as suas refeições? Nas tarefas domésticas ou a cuidar de algum membro do seu agregado? Na consulta/tratamentos médicos, a realizar análises/exames médicos?(tempo ida e volta e permar Ao estudo(bíblico, apontamentos escolares, pesquisas etc)? Nas atividades recreativas ou de lazer (ver televisao, leitura, filmes, jogar às cartas, visitar amigas(os) Em OUTRAS atividades diferentes das mencionadas antes? (se não: passa à MUT07)		MUT05.A: Quanto tempo dedicou? SIM NÃO HORAS MINUTOS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																																									
MUT06 Indique três dessas OUTRAS atividades e o tempo que dedicou 1 _____ 2 _____ 3 _____		MUT06.A: Quanto tempo dedicou? HORAS MINUTOS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																																									
MUT07 VERIFIQUE A IDADE NO (AF03) AF IDADE: SE 10 a 14 ANOS <input type="checkbox"/> IDADE: SE > 15 ANOS OU + <input type="checkbox"/> → MUT-09																																																											
Da meia noite de antes de ontem, para meia noite de ontem... MUT08 (VOCÊ/NOME) dedicou algum tempo (de manhã, meio dia, ou à noite): A actividades/brincadeiras na rua sem supervisão de um adulto?		MUT08.A: Quanto tempo dedicou? SIM NÃO HORAS MINUTOS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																																									
SECÇÃO 2. ALIMENTAÇÃO (PREPARAÇÃO E COZIMENTO DE ALIMENTOS)																																																											
Da meia noite de antes de ontem, para meia noite de ontem... MUT09 (VOCÊ/NOME) dedicou algum tempo (de manhã, meio dia, ou à noite): A acender o fogão ou o forno?(a lenha, carvão, madeira, gaz, eléctrica, etc) A cozinhar, a preparar alimentos ou bebidas ou outras refeições? A por a mesa, servir comida, recolher e/ou a lavar a loiça? A levar comida a algum membro do seu agregado no trabalho, no campo, na escola, etc.? <i>(só deve incluir o tempo de ida e de volta)</i>		MUT09.A: Quanto tempo dedicou? SIM NÃO HORAS MINUTOS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																																									

SECÇÃO 3. LIMPEZA DO ALOJAMENTO E CUIDADOS DE ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO

MUT10 Da meia noite de antes de ontem, para meia noite de ontem...

(VOCÊ/NOME) dedicou algum tempo (de manhã, meio dia, ou à noite):

- A limpar, arrumar o seu alojamento? (varrer, arrumar a cama/objectos, limpar/sacudir pó, lavar a cozinha e/ou a casa de banho ou outra parte interna do seu alojamento, etc.)
- A limpar o exterior do alojamento? (varrer quintal, jardim/pátio, garagem ou rua, regar plantas, etc.)
- A cuidar de animais de estimação, lavar/cuidar o/do carro, etc?
- A separar, queimar ou a deitar lixo no contentor, no carro de lixo, na lixeira etc.?

MUT10.A: Quanto tempo dedicou?

SIM		NÃO		HORAS		MINUTOS	
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECÇÃO 4. LIMPEZA, CUIDADOS E/OU CONFECÇÃO DE ROUPAS (PRÓPRIA OU DE OUTROS MEMBROS DO SEU AGREGADO)

MUT11 Da meia noite de antes de ontem, para meia noite de ontem...

(VOCÊ/NOME) dedicou algum tempo (de manhã, meio dia, ou à noite):

- A lavar, a passar a ferro, a arrumar a roupa ou limpar o calçado ?
- A confeccionar, concertar/coser roupas, toalhas, cortinas ou lençóis, a tecer/tricotar panos/bordados?
- A levar ou a ir buscar roupa ou calçado para ser (que foi) limpado ou reparado? (**deve-se incluir o tempo de ida, volta e o tempo de espera se for necessário**)

MUT11.A: Quanto tempo dedicou?

SIM		NÃO		HORAS		MINUTOS	
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECÇÃO 5. COMPRAS E MEIO DE TRANSPORTE UTILIZADO PARA DESLOCAÇÃO

Da meia noite de antes de ontem, para meia noite de ontem...

MUT-12 (VOCÊ/NOME) deslocou-se (de manhã, meio dia, ou à noite) a algum estabelecimento para ir fazer compras para si ou para algum membro do seu agregado?

SIM NÃO
1 ☐ 2 ☐ → MUT-15

MUT13

Qual o meio transporte utilizado para chegar no local aonde (VOCÊ/NOME) foi fazer compras e quanto tempo demorou?

(pode ter mais que uma resposta)

(só deve incluir o tempo de ida e de volta)

(se + de 1 meio de transporte utilizado deve-se somar o tempo gasto)

- A-Autocarro
B-Táxi
C-Carro/viatura Particular
D- Bicicleta/ Moto
E- A pé
F- Outro

MUT13.A: Quanto tempo dedicou?

HORAS		MINUTOS	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Da meia noite de antes de ontem para meia noite de ontem...

MUT14 (VOCÊ/NOME) dedicou algum tempo (de manhã, meio dia, ou à noite):

- A comprar, alimentos, artigos de limpeza e/ou de higiene, medicamentos ou artigos similares?
- A comprar ferramentas ou materiais de construção, de instalação ou de reparação?
- A comprar lençóis/ toalhas, móveis, brinquedos, roupas e calçados ou artigos similares?

(só deve incluir o tempo efetivo a realizar compras)

(compras realizadas em diferentes momentos e lugares: contabilizar também o tempo efectivo nas compras)

MUT14.A: Quanto tempo dedicou?

SIM		NÃO		HORAS		MINUTOS	
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECÇÃO 6. CRIAÇÃO DE ANIMAIS, COLHEITA DE FLORA E CAÇA (EXCLUSIVAMENTE PARA O CONSUMO DO SEU AGREGADO)

MUT-15 Da meia noite de antes de ontem, para meia noite de ontem...

(VOCÊ/NOME) dedicou algum tempo (de manhã, meio dia, ou à noite) :

(Deve incluir também o tempo de ida, de volta e de espera se necessário)

- A criar/cuidar de animais ou a realizar alguma actividade relacionada ao cultivo para o autoconsumo?
- A recolher/apanhar, armazenar ou transportar a lenha ou artigos similares?
- A recolher/apanhar ou armazenar o pasto ou artigos similares?
- A recolher frutas/flores ou verduras/legumes ou similares?
- A pescar ou caçar para o autoconsumo?
- A carregar/transportar ou armazenar água (independentemente do meio de transporte utilizado)?

MUT15.A: Quanto tempo dedicou?

SIM		NÃO		HORAS		MINUTOS	
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECÇÃO 7. MANUTENÇÃO, INSTALAÇÃO, CONSTRUÇÃO E REPARAÇÃO DO ALOJAMENTO E/OU DE BENS DO SEU AGREGADO

Da meia noite de antes de ontem, para meia noite de ontem...

MUT16 (VOCÊ/NOME) dedicou algum tempo (de manhã, meio dia, ou à noite):

- A construir, ou a fazer alguma ampliação no seu alojamento?
- A fazer reparação (ões) ou a instalar equipamento(s) no seu alojamento?
- A reparar electrodomésticos, computadores, móveis ou brinquedos do seu agregado?

MUT16.A: Quanto tempo dedicou?

SIM		NÃO		HORAS		MINUTOS	
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECÇÃO 8. PAGAMENTOS E TRAMITES EXTERNOS

Da meia noite de antes de ontem, para meia noite de ontem...

MUT17 (VOCÊ/NOME) dedicou algum tempo (de manhã, meio dia, ou à noite):

(Deve-se incluir o tempo de ida, de volta e de permanência/espera)

A pagar contas, a tratar de assunto(s) da gestão do agregado (pagar factura(s) de luz/telefone, pagar as propinas escolares, de creche ou jardim de infância, ou assuntos semilares)?

MUT17.A: Quanto tempo dedicou?

SIM NÃO HORAS MINUTOS
1 2

MUT18 VERIFIQUE MUT01A e (AF03): É INFORMANTE ?

NÃO

SIM

MUT19

MUT18A VERIFIQUE MUT19 do QUESTIONARIO DO INFORMANTE
HÁ PESSOAS COM INCAPACIDADE?

NÃO

SIM

MUT20

SECÇÃO 9. PESSOAS COM INCAPACIDADE PERMANENTE NO AGREGADO E QUE PRECISAM DE CUIDADOS PERMANENTES

MUT19 Algum membro do seu agregado possui alguma incapacidade física ou mental permanente que implica a sua ajuda diária?

SIM

1

NAO

2

MUT22

Quantos membros possuem incapacidade e precisam de ajuda?

Total

Qual a idade do(s) membro(s) que possui incapacidade e precisam de ajuda?

Idade (em anos completos)

SECÇÃO 10. CUIDADOS PRESTADOS A OUTROS MEMBROS DO SEU AGREGADO: ÀS PESSOAS COM INCAPACIDADE

AGORA VAMOS FAZER-LHE ALGUMAS PERGUNTAS EM RELAÇÃO ÀS PESSOAS COM INCAPACIDADE

MUT20 Da meia noite de antes de ontem, para meia noite de ontem...
(VOCÊ/NOME) dedicou algum tempo (de manhã, meio dia, ou à noite):

(Se + de 1 pessoa, incluir o tempo total de todas as vezes mesmo que seja em momentos diferentes)

MUT21: Quanto tempo dedicou?

SIM NÃO HORAS MINUTOS

A dar ou a ajudar ALGUMA DELAS a comer?

1 2

A ajudar ALGUMA DELAS na higiene pessoal ou a se vestir?

1 2

A preparar/confeccionar, a comprar material educativo/de reabilitação ou de uso para ALGUMA DELAS

1 2

A levar e/ou a ir buscar ALGUMA DELAS para um estabelecimento/atividades educativo(as), de reabilitação/de exercicios? (Deve incluir o tempo de ida, de volta e o tempo de espera/permanência).

1 2

A dar medicamentos ou a ajudar ALGUM DELES a tomá-los?

1 2

A levar e/ou ir buscar ALGUM DELES para um passeio ou a fazer companhia a ALGUM DELES no passeio? (Se for passeio, deve incluir o tempo de percurso que estiveram juntos).

1 2

A ajudar ALGUM DELES a realizar terapia especial ou a fazer exercicios fisicos?

1 2

A levar e/ou a ir buscar ALGUM DELES para um estabelecimento para consulta médica ou para ir tomar medicamentos/injecção? (Deve incluir o tempo de ida, de volta e o tempo de espera/permanência).

1 2

SECÇÃO 11. CUIDADOS PRESTADOS A OUTROS MEMBROS DO SEU AGREGADO: AS CRIANÇAS DE 0 a 3 ANOS DE IDADE

MUT22

VERIFIQUE: (AF03A) NO AF

HÁ PESSOAS DE 0 A 3 ANOS NO SEU AGREGADO FAMILIAR?
NÃO INCLUIR CRIANÇAS COM INCAPACIDADE REGISTRADAS EM M19

SIM

☐

NÃO

☐

→ MUT25

AGORA VAMOS FAZER-LHE ALGUMAS PERGUNTAS EM RELAÇÃO ÀS CRIANÇAS MENORES DE 3 ANOS

MUT23 Da meia noite de antes de ontem, para meia noite de ontem...

(VOCÊ/NOME) dedicou algum tempo (de manhã, meio dia, ou à noite):

(Se + de 1 pessoa, incluir o tempo total de todas as vezes mesmo que seja em momentos diferentes)

MUT23.A: Quanto tempo dedicou?

SIM NÃO HORAS MINUTOS

A dar de mamar/comer a ALGUMA DELAS?

1 ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A dar banho, a vestir ou a ajudar ALGUMA DELAS a se vestir?

1 ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A preparar/confeccionar, a comprar material educativo para a creche ou jardim para ALGUMA DELAS?

1 ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A levar e/ou a ir buscar ALGUMA DELAS para creche ou jardim de infância? **(Deve incluir o tempo de ida, de volta e o tempo de espera/permanência).**

1 ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A ajudar ALGUMA DELAS nas tarefas educativas/lúdicas de creche ou jardim de infância?

1 ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A brincar, a levar e/ou ir buscar ALGUMA DELAS para um passeio ou atividades recreativas? **(Se for passeio, deve incluir o tempo de percurso que estiveram juntos).**

1 ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A fazer ou a ajudar ALGUMA DELAS a realizar terapia especial ou a fazer exercícios físicos?

1 ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A levar e/ou a ir buscar ALGUMA DELAS para um estabelecimento /PMI /Centro de saúde para consulta médica ou para tomar medicamentos? **(Deve incluir o tempo de ida, de volta e o tempo de espera/permanência).**

1 ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

SECÇÃO 12. CUIDADOS PRESTADOS A OUTROS MEMBROS DO SEU AGREGADO: AS CRIANÇAS DE 4 a 5 ANOS DE IDADE

MUT24

VERIFIQUE: (AF03B) NO AF

HÁ PESSOAS DE 4 A 5 ANOS NO AGREGADO FAMILIAR?
NÃO INCLUIR CRIANÇAS COM INCAPACIDADE REGISTRADAS EM M19

SIM

☐

NÃO

☐

→ MUT26

AGORA VAMOS FAZER-LHE ALGUMAS PERGUNTAS EM RELACAO ÀS CRIANÇAS DE 4 A 5 ANOS

MUT25 Da meia noite de antes de ontem, para meia noite de ontem...

(VOCÊ/NOME) dedicou algum tempo (de manhã, meio dia, ou à noite):

(Se + de 1 pessoa, incluir o tempo total de todas as vezes mesmo que seja em momentos diferentes)

MUT25.A: Quanto tempo dedicou?

SIM NÃO HORAS MINUTOS

A dar de comer ou a ajudar ALGUM DELAS a comer?

1 ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A dar banho, a vestir ou a ajudar ALGUMA DELAS a fazê-los?

1 ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A preparar/confeccionar, a comprar material educativo para a creche ou jardim para ALGUMA DELAS?

1 ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A levar e/ou ir buscar ALGUM DELAS para creche/jardim de infância, escola ou atividades educativas? **(Deve incluir o tempo de ida, de volta e o tempo de espera/permanência).**

1 ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A ajudar ALGUMA DELAS nas tarefas educativas/lúdicas de creche/jardim de infância, escolas?

1 ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A brincar, a levar e/ou ir buscar ALGUM DELES para um passeio ou atividades recreativas? **(Se for passeio, deve incluir o tempo de percurso que estiveram juntos).**

1 ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A fazer ou a ajudar ALGUM DELAS a realizar terapia especial ou a fazer exercícios físicos?

1 ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A levar e/ou a ir buscar ALGUM DELES para estabelecimento/PMI/Centro de saúde para consulta médica ou para ir tomar medicamentos? **(Deve incluir o tempo de ida, de volta e o tempo de espera/permanência).**

1 ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

SECÇÃO 13. CUIDADOS PRESTADOS A OUTROS MEMBROS DO SEU AGREGADO: ÀS CRIANÇAS DE 6 a 14 ANOS DE IDADE

MUT26

VERIFIQUE: (AF03C) NO AF

HÁ PESSOAS DE 6 A 14 ANOS NO AGREGADO FAMILIAR?
NÃO INCLUIR CRIANÇAS COM INCAPACIDADE REGISTRADAS EM M19

SIM

☐

NÃO

☐

→ MUT28

AGORA VAMOS FAZER-LHE ALGUMAS PERGUNTAS EM RELAÇÃO ÀS CRIANÇAS DE 6 A 14 ANOS

MUT27 Da meia noite de antes de ontem, para meia noite de ontem...

(VOCÊ/NOME) dedicou algum tempo (de manhã, meio dia, ou à noite):

(Se + de 1 pessoa, incluir o tempo total de todas as vezes mesmo que seja em momentos diferentes)

MUT27.A: Quanto tempo dedicou?

SIM NÃO HORAS MINUTOS

A dar banho, vestir ou a supervisionar ALGUMA DELAS a realizar essas atividades ?

1 ☐ 2 ☐

A preparar/confeccionar, a comprar material educativo para a escola para ALGUMA DELAS ?

1 ☐ 2 ☐

A levar e/ou a ir buscar ALGUMA DELAS para escola ou a outras atividades educativa/recreativa?
(Deve incluir o tempo de ida, de volta e o tempo de espera/permanência).

1 ☐ 2 ☐

A ajudar ALGUMA DELAS nas tarefas educativas/lúdicas de escola?

1 ☐ 2 ☐

A brincar, a levar e/ou a ir buscar ALGUMA DELAS para um passeio ou atividades recreativas ?
(Se for passeio, deve incluir o tempo de percurso que estiveram juntos).

1 ☐ 2 ☐

A fazer ou a ajudar ALGUMA DELAS a realizar terapia especial ou a fazer exercícios físicos?

1 ☐ 2 ☐

A levar e/ou ir buscar ALGUMA DELAS para um estabelecimento/PMI /Centro de saúde para consulta médica ou para tomar medicamentos? (Deve incluir o tempo de ida, de volta e o tempo de espera/permanência).

1 ☐ 2 ☐

SECÇÃO 14. CUIDADOS PRESTADOS A OUTROS MEMBROS DO SEU AGREGADO: AOS IDOSOS DE 65 ANOS OU MAIS DE IDADE

MUT28

VERIFIQUE: (AF03D) NO AF

HÁ PESSOAS DE 65 ANOS OU MAIS NO AGREGADO FAMILIAR?
NÃO INCLUIR IDOSOS COM INCAPACIDADE REGISTRADOS EM M19

SIM

2 OU +

☐

1

☐

único

NÃO

☐

→ MUT31

MUT29

VERIFIQUE OS DADOS EM MUT-01A E MUT28 : É INFORMANTE ?

OS DADOS PERTENCEM AO INFORMANTE E, HÁ 1 único ido

→ MUT31

OS DADOS PERTENCEM AO INFORMANTE E, HA 2 ou + idosos

OS DADOS NAO PERTENCEM AO INFORMANTE

☐

AGORA VAMOS FAZER-LHE ALGUMAS PERGUNTAS EM RELACAO ÀS PESSOAS DE 65 ANOS OU MAIS.

MUT30 Da meia noite de antes de ontem, para meia noite de ontem...

(VOCÊ/NOME) dedicou algum tempo (de manhã, meio dia, ou à noite):

Se + de 1 adulto de 65 anos ou mais ,
incluir o tempo total de todas as vezes,
mesmo que seja em momentos
diferentes)

MUT30.A: Quanto tempo dedicou?

SIM NÃO HORAS MINUTOS

A dar ou a ajudar ALGUMA DELAS a comer?

1 ☐ 2 ☐

A dar banho, vestir ou a supervisionar ALGUMAS DELAS a realizar essas atividades ?

1 ☐ 2 ☐

A dar medicamentos ou a ajudar ALGUMA DELAS a tomá-los?

1 ☐ 2 ☐

A levar e/ou a ir buscar ALGUMA DELAS para a escola? (Deve incluir o tempo de ida, de volta e o tempo de espera/permanência).

1 ☐ 2 ☐

A ajudar ALGUMA DELAS nas tarefas educativas/lúdicas de escola?

1 ☐ 2 ☐

A levar e/ou a ir buscar ALGUMA DELAS para um passeio ou a fazer companhia a ALGUM DELES no passeio? (Se for passeio, deve incluir o tempo de percurso que estiveram juntos).

1 ☐ 2 ☐

A fazer ou a ajudar ALGUMA DELAS a realizar terapia especial ou a fazer exercícios físicos?

1 ☐ 2 ☐

A levar e/ou a ir buscar ALGUMA DELAS para um estabelecimento/Hospital/Centro de saúde para consulta médica ou para tomar medicamentos? (Deve incluir o tempo de ida, de volta e o tempo de espera/permanência).

1 ☐ 2 ☐

SECÇÃO 15. APOIO PRESTADOS A PESSOAS DE OUTRO AGREGADO FAMILIAR DE FORMA GRATUITA

MUT31 Da meia noite de antes de ontem, para meia noite de ontem...

(VOCÊ/NOME) dedicou algum tempo (de manhã, meio dia, ou à noite):

(Incluir também o tempo de ida e volta)

MUT31.A: Quanto tempo dedicou?

SIM	NÃO	HORAS	MINUTOS
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- A realizar/ajudar algum membro de outro agregado nas tarefas domésticas?
- A realizar /ajudar algum membro de outro agregado a fazer compras?
- A realizar/ajudar algum membro de outro agregado a cuidar de crianças?
- A realizar /ajudar algum membro de outro agregado a cuidar de pessoas incapacitadas?
- A realizar /ajudar algum membro de outro agregado a cuidar de pessoas idosas?
- A realizar/ ajudar algum membro de outro agregado a realizar transações/pagamentos?

SECÇÃO 16. APOIO RECEBIDOS DE PESSOAS DE OUTRO AGREGADO FAMILIARES

MUT32	VERIFIQUE OS DADOS EM MUT-01A: OS DADOS PERTENCEM AO INFORMANTE?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	→ MUT35
-------	---	------------------------------	------------------------------	---------

MUT33 Da meia noite de antes de ontem, para meia noite de ontem...

(Algum membro do seu agregado) recebeu, durante algum tempo (de manhã, meio dia, ou à noite),

(Incluir também o tempo de ida e volta)

MUT33.A: Quanto tempo dedicou?

SIM	NÃO	HORAS	MINUTOS
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Apoio/ajudas de algum membro de outro agregado nas tarefas domésticas?
- Apoio/ajudas de algum membro de outro agregado para fazer compras?
- Apoio de algum membro de outro agregado para a cuidar de crianças/idosos/incapacitados/doentes?
- Apoio/ajudas de algum membro de outro agregado para realizar transações/pagamentos?

(obs: se nenhum SIM passe à MUT 35)

SECÇÃO 17. PESSOAS QUE DAO APOIO AO AGREGADO SEJA ELA REMUNERADO OU NAO

MUT34 A Pessoa que prestou lhe(s) apoio/ajudas para algumas dessas atividades foi:

MUT34.A: Quanto tempo dedicou?

SIM	NÃO	HORAS	MINUTOS
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Pai ou Mãe
Pagou pelo apoio?
- Irmã ou irmão
Pagou pelo apoio?
- Outro familiar _____ (da pessoa informante) (Especifique)
Pagou pelo apoio?
- Outra pessoa _____ (Especifique)
Pagou pelo apoio?
- Empregada doméstica, babá, ou outro profissional
Pagou pelo apoio?

SECÇÃO 18. TAREFAS NÃO REMUNERADAS COMUNITÁRIAS OU DE VOLUNTÁRIADO (GRATUITO)

MUT35 Da meia noite de antes de ontem, para meia noite de ontem...

(VOCÊ/NOME) dedicou algum tempo (de manhã, meio dia, ou à noite):

(Incluir também o tempo de ida e volta)

MUT35.A: Quanto tempo dedicou?

SIM	NÃO	HORAS	MINUTOS
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- A realizar algumas atividades de forma gratuita nas ONG, ACB, Cooperativas, Comissões de festas ou outras actividades comunitárias?
- A realizar algumas atividades de forma gratuita em clubes sociais ou desportivos?
- A realizar algumas atividades de forma gratuitas nas igrejas?
- A realizar algumas atividades de forma gratuitas em sindicatos ou partidos políticos?
- A cuidar de pessoas doentes ou com incapacidade permanentes de forma gratuita?
- A realizar a ajudar algum membro de outro agregado a realizar transações/pagamentos de forma gratuí

MUT36: ANOTE A HORA E MINUTOS DO FIM DA ENTREVISTA

HORAS	MINUTOS
<input type="text"/>	<input type="text"/>

MUT37: ANOTE O Nº DE TELEFONE DA PESSOA INFORMANTE

MUT37A: Nº DE TELEFONE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

AGRADEÇA A PESSOA INFORMANTE!!

OBSERVAÇÕES DO(A) INQUIRIDOR(A)
A SER PREENCHIDA APÓS A ENTREVISTA

PERCEÇÃO DO(A) INQUIRIDOR (A) SOBRE O A QUALIDADE DE INFORMAÇÃO PRESTADA PELO INFORMANTE QUALIFICADO

MUT38: Utilizando uma escala de 1 a 5, globalmente, como avalia as informações prestadas pelo informante qualificado? (marque um dos números da escala utilizada no quadradinho à direita para o efeito)

1	2	3	4	5
Muito Má	Má	Razoavel	Boa	Muito boa

11

RESULTADO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

MUT39: INSCREVA O NUMERO CORRESPONDENTE AO RESULTADO DA ENTREVISTA INDIVIDUAL

1	COMPLETA	5	RECUSA
2	INCOMPLETA	6	INCAPACITADO(A)/DOENTE
3	AUSENTE	7	OUTRO_____
4	ADIADA		(ESPECIFIQUE)

COMENTÁRIOS SOBRE A PESSOA INFORMANTE QUALIFICADA:

OUTROS COMENTÁRIOS:

OBSERVAÇÕES DO(A) CONTROLADOR(A)/SUPERVISOR (A)