

# **Instrumento STEPS**

## **(Principal e Ampliado)**



**A abordagem STEPwise (degrau a degrau) da OMS  
para a vigilância dos factores de risco das doenças  
crónicas não transmissíveis (STEPS)**

Organização Mundial da Saúde  
20 Avenida Appia, 1211 Genebra 27, Suíça



Para mais informações consulte o sítio: [www.who.int/chp/STEPS](http://www.who.int/chp/STEPS)

# Instrumento STEPS

## Visão geral

### Introdução

Isto é o instrumento STEPS padrão que os países/sítios utilizarão para esboçar seu instrumento próprio. Contém:

- Módulos PRINCIPAIS (Caixas de texto não sombreadas)
- Módulos AMPLIADOS (Caixas de texto sombreadas).

### Módulos principais

Os módulos principais para cada secção contêm perguntas necessárias para calcular variáveis fundamentais. Por exemplo:

- Actuais fumadores diários
- IMC (índice de massa corporal) médio.

**Nota:** Todas as Perguntas dos módulos principais devem ser feitas. Se uma das perguntas dos módulos principais for retirada ou salteada trará consequência para as análises.

### Módulos ampliados

Cada módulo ampliado procura detalhar as informações dos módulos principais. Por exemplo:

- O consumo de tabaco sem ser fumado
- Comportamento sedentário.

### Instruções para as colunas

A tabela a seguir fornece orientação rápida para cada uma das colunas do instrumento.

Coluna	Descrição	Adaptação do País
Perguntas	Há que ler cada Perguntas aos inqueridos.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seleccione os módulos que pretenderem utilizar.</li><li>• Acrescente as perguntas dos módulos ampliados assim como as dos módulos adicionais que pretenderem.</li></ul>
Resposta	Esta coluna lista as opções de resposta existentes, que o entrevistador marcará as caixas de texto respectivas com círculos ou cruces. As instruções para os saltos para outras Perguntas encontram-se à direita das respostas e convém aplicá-las rigorosamente no momento das entrevistas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Adicione respostas específicas à sua zona geográfica para as perguntas demográficas (p. ex.: C6).</li><li>• Altere as questões que indiquem o salto para outras perguntas, se necessário.</li></ul>
Código	Esta coluna serve para fazer corresponder os dados do instrumento com os da ferramenta de preenchimento de dados, da sintaxe da análise de dados, do banco de dados e da folha de evidências científicas	Não se deve mudar ou eliminar o código. Ele é utilizado como identificador geral para o preenchimento e a análise de dados.



# Instrumento STEPS da OMS para a Vigilância dos Factores de Risco das Doenças Crónicas Não Transmissíveis

## REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DE SAO TOME E PRINCIPE

### Informação sobre o inquérito

Localidade e Data	Respostas	Códigos
Número de identificação da localidade/povoação em estudo (ID)	_____	I1
Nome da localidade		I2
Número de identidade do Inquiridor (ID)	_____	I3
Data em que o instrumento foi preenchido	____   ____   _____ (n° de cifras) Dia (2) Mês (2) Ano (4)	I4

Consentimento, Idioma usado na Entrevista e Nome	Respostas	Códigos
O consentimento foi obtido após leitura dos termos.	Sim 1 Não 2 <b>Se for NÃO, Termine aqui</b>	I5
Lingua usada durante a entrevista	Português 1 <i>Crioulo forro</i> 2 <i>Crioulo caboverdiano</i> 3 <i>Anguene</i> 4 <i>Lingu- ie</i> 5	I6
Hora do início da entrevista (0-24 horas)	____ : ____ (n° de cifras) Horas (2) Minutos (2)	I7
Apelido do inquirido		I8
Nome do inquirido		I9
<b>Informação adicional que possa ser útil</b>		
Número de telefone para contacto (se possível)		I10

## Degrau 1 Informação demográfica

MÓDULO PRINCIPAL: Informação Demográfica		
Perguntas	Respostas	Códigos
Sexo ( <i>Marque Masculino /Feminino conforme constatar</i> )	Masculino 1 Feminino 2	C1
Qual é sua data de nascimento? <b>Marque 77 77 7777</b> se Não Sabe a data de nascimento	<input type="text"/> se souber, vá à C4 Dia (2) Mês (2) Ano (4)	C2
Que idade você tem?	Anos <input type="text"/> <input type="text"/>	C3
No total, quantos anos completos frequentou a escola ou esteve estudando sem interrupção (excluir o pré-escolar)?	Anos <input type="text"/> <input type="text"/>	C4
MÓDULO AMPLIADO: Informação Demográfica		
Qual é o nível mais elevado de educação que alcançou?	Nenhuma instrução oficial 1 Menos que escola primária 2 Finalizou a escola primária 3 Finalizou o ensino secundário 4 Finalizou o liceu ou equivalente 5 Ensino Superior, Universidade 6 Diploma pos-Universitário 7 Recusa responder 88	C5
De que meio sócio-cultural pertence (grupo étnico, subgrupo cultural etc)]?	Angolar 1 forro 2 caboverdiano 3 'minueie 4 Outro 5 Não sabe 6 Recusa a responder 88	C6
Qual é o seu estado civil?	solteiro/a 1 Casado/a 2 Unido/a de facto 2 Separado/a 3 Divorciado/a 4 Viúvo/a 5 Convivência –(amigado/a) 6 Recusa responder 88	C7
Qual das seguintes opções descreve melhor sua principal actividade laboral nos últimos 12 meses? (UTILIZE AS IMAGENS ILUSTRATIVAS)	Funcionário público 1 Funcionário/a do sector privado 2 Trabalhador/a independente 3 Não remunerado(a) 4 Estudante 5 Doméstico/a 6 Reformado/a 7 Desempregado/a (apto para trabalhar) 8 Desempregado/a (incapaz de trabalhar) 9 Recusa responder 88	C8



## Degrau 1 Medições do comportamento

MÓDULO PRINCIPAL: Consumo do tabaco			
Agora, vou colocar-lhe algumas perguntas sobre vários comportamentos relativos a saúde. Estas incluem questões sobre o comportamento do consumo do tabaco, de álcool, de frutos e de legumes, assim como actividade física. Começemos pelo tabaco.			
Perguntas	Respostas	Códigos	
Actualmente você fuma algum produto derivado do tabaco, como cigarros, charutos, cachimbos, cigarilha, Shisha? <i>(UTILIZE AS IMAGENS ILUSTRATIVAS)</i>	Sim 1 Não 2 Se NÃO, Vá à T8	T1	
Actualmente fuma produtos derivados do tabaco diariamente?	Sim 1 Não 2	T2	
Com que idade começou a fumar?	Idade (anos) Não Sabe 77 <input type="text"/> <input type="text"/> Se SOUBER, Vá à T5a/T5aw	T3	
Ha quanto tempo começou a fumar?  <i>(MARQUE SOMENTE UMA, E NÃO AS TRÊS)</i>  Não Sabe 77	Em Anos <input type="text"/> <input type="text"/> Se SOUBER, Vá à T5a/T5aw	T4a	
	Ou em Meses <input type="text"/> <input type="text"/> Se SOUBER, Vá à T5a/T5aw	T4b	
	Ou em Semanas <input type="text"/> <input type="text"/>	T4c	
Em média, quantos dos seguintes produtos fuma por dia / semana?  <i>(SE NÃO CHEGAR A DIÁRIO MARQUE SEMANAL)</i>  <i>(MARQUE CADA TIPO, UTILIZE AS IMAGENS ILUSTRATIVAS)</i> Não Sabe 7777	DIÁRIO↓ SEMANAL↓		
	Cigarros de fábrica <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"/> <input type="text"/>	T5a/T5aw
	Cigarros enrolados à mão <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"/> <input type="text"/>	T5b/T5bw
	Cachimbo <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"/> <input type="text"/>	T5c/T5cw
	Cigarros, charutos cigarilhas, <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"/> <input type="text"/>	T5d/T5dw
	Numero de sessao de Schicha <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"/> <input type="text"/>	T5e/T5fw
	Outro <input type="text"/>	T5f/T5fw	
	Outro (especifique sff): <input type="text"/>	T5other/T5otherw	
Tentou deixar de fumar nos últimos 12 meses?	Sim 1 Não 2	T6	
Durante uma consulta medica chegou a ser aconselhado a deixar de fumar tabaco nos últimos 12 meses?	Sim 1 Se T2=Sim, Vá à T12; Se T2=Não, Vá à T9 Não 2 Se T2=Sim, Vá à T12; Se T2= Não, Vá à T9 Não fui à consulta nos últimos 12 meses 3 Se T2=Sim, Vá à T12; Se T2= Não, Vá à T9	T7	
No passado, alguma vez chegou a fumar produtos derivados do tabaco? <i>(UTILIZE AS IMAGENS ILUSTRATIVAS)</i>	Sim 1 Não 2 Se NÃO, Vá à T12	T8	

No passado, <b>alguma vez</b> chegou a fumar <b>diariamente</b> ?	Sim 1 Se T1=Sim, Vá à T12, senão Vá à T10 Não 2 Se T1=Sim, Vá à T12, senão Vá à T10	T9
---	--	----

MÓDULO AMPLIADO: Consumo do tabaco			
Perguntas	Respostas	Códigos	
Que idade tinha quando <b>deixou</b> de fumar?	Idade (anos) Não Sabe 77 <input type="text"/> <input type="text"/> Se SOUBER, Vá à T12	T10	
Há <b>quanto tempo</b> deixou de fumar? (MARQUE SOMENTE UMA, E NÃO AS TRÊS) Não Sabe 77	Anos <input type="text"/> <input type="text"/> Se SOUBER, Vá à T12	T11a	
	meses <input type="text"/> <input type="text"/> Se SOUBER, Vá à T12	T11b	
	semanas <input type="text"/> <input type="text"/>	T11c	
Consome actualmente algum tipo de tabaco que não é fumado tais como tabaco inalado ( <b>cancan</b> ), tabaco de mascar, betel? (UTILIZE AS IMAGENS ILUSTRATIVAS)	Sim 1 Não 2 Se NÃO, Vá à T15	T12	
Consome <b>diariamente</b> produtos do tabaco que não são <b>fumados</b> ?	Sim 1 Não 2 Se NÃO, Vá à T14aw	T13	
Em média, quantas vezes por dia / semana você consome produtos de tabacos que não são fumados? (SE NÃO CHEGAR A DIÁRIO MARQUE SEMANAL) (REGISTE CADA TIPO, UTILIZE AS IMAGENS ILUSTRATIVAS) Não Sabe 7777	DIÁRIO↓ SEMANAL↓		
	Põe de molho na boca <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	T14a/ T14aw
	Põe o pó no nariz ( <b>cancan</b> ) <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"/> <input type="text"/>	T14b/ T14bw
	Tabaco de mascar <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"/> <input type="text"/>	T14c/ T14cw
	Betel, folhas <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"/> <input type="text"/>	T14d/T14dw
	Outro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Se OUTRO, Vá à T14Other, Se T13=NÃO, Vá à T16, senão Vá à T17	T14e/ T14ew
Outro (especifique sff): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Se T13=NÃO, Vá à T16, senão Vá à T17	T14other/ T14otherw	
No <b>passado, alguma vez</b> consumiu produtos derivados do tabaco que não são fumados tais como <i>tabaco inalado, tabaco de mascar</i> ?	Sim 1 Não 2 Se NÃO, Vá à T17	T15	
No passado, <b>alguma vez</b> consumiu <b>diariamente</b> produtos derivados do tabaco que não são fumados tais como <i>tabaco inalado, tabaco de mascar, ou betel</i> ?	Sim 1 Não 2	T16	
Durante os últimos 30 dias <b>houve alguém que fumou em sua casa</b> ?	Sim 1 Não 2	T17	
Durante os últimos 30 dias houve <b>alguém que fumou em recintos fechados</b> no seu <b>lugar de trabalho</b> (no edifício, área de trabalho ou gabinete)?	Sim 1 Não 2	T18	

Número de Identificação do entrevistado

	Não trabalho em área fechada 3	
--	--------------------------------	--

MÓDULO PRINCIPAL: Consumo do Álcool		
As próximas perguntas são concernentes ao consumo do álcool.		
Perguntas	Respostas	Códigos
<p><b>Alguma vez já consumiu</b> alguma bebida alcoólica como cerveja, vinho, aguardente, licor (ponche), vinho de palma, whisky, cacharamba?</p> <p>(UTILIZE AS IMAGENS ILUSTRATIVAS OU EXIBA AMOSTRAS)</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não 2 Se NÃO, Vá à A16</p>	A1
Consumiu alguma bebida alcoólica nos últimos 12 meses?	<p>Sim 1 Se Sim, Vá à A4</p> <p>Não 2</p>	A2
Deixou de beber por motivos dos efeitos negativos na saúde, ou porque foi aconselhado por um médico ou Outro pessoal de saúde?	<p>Sim 1 Se Sim, Vá à A16</p> <p>Não 2 Se NÃO, Vá à A16</p>	A3
<p>Nos últimos 12 meses, <b>com que frequência</b> tem consumido pelo menos uma medida padrão (<b>copos/cálices, garrafas de 33 cl, etc...</b>) duma bebida alcoólica?</p> <p>(LEIA AS RESPOSTAS, UTILIZE AS IMAGENS ILUSTRATIVAS)</p>	<p>DIÁRIO 1</p> <p>5-6 Dias por semana 2</p> <p>3-4 Dias por semana 3</p> <p>1-2 Dias por semana 4</p> <p>1- 3 dias por por mês 5</p> <p>Menos de uma vez por mes 6</p> <p>Nunca 7</p>	A4
Consumiu alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias?	<p>Sim 1</p> <p>Não 2 Se NÃO, Vá à A13</p>	A5
Durante os últimos 30 dias, quantas foram as <b>ocasiões</b> em que tomou pelo menos uma medida padrão duma bebida alcoólica?	<p>Número</p> <p>Não Sabe 77 <input type="text"/> <input type="text"/> Se zero va A13</p>	A6
Durante os últimos 30 dias, quando tomou bebidas alcoólicas, quantas <b>medidas padrão</b> ingeriu em média durante uma ocasião?	<p>Número</p> <p>Não Sabe 77 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	A7
Durante os últimos 30 dias, qual foi o <b>maior número</b> de medidas padrao de álcool que ingeriu numa só ocasião, tendo em conta todos os diferentes tipos de bebidas alcoólicas?	<p>Número máximo</p> <p>Não Sabe 77 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	A8
Durante os últimos 30 dias, quantas vezes ingeriu <b>seis ou mais</b> medidas padrão de bebidas alcoólicas numa só ocasião?	<p>Número de vezes</p> <p>Não Sabe 77 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	A9
Nos <b>últimos 7 dias</b> , quantas medidas padrão (de qualquer bebida alcoólica) ingeriu em cada um dos dias da semana? (UTILIZE AS IMAGENS ILUSTRATIVAS)	Segunda-feira <input type="text"/> <input type="text"/>	A10a
	Terça-feira <input type="text"/> <input type="text"/>	A10b

Não Sabe 77	Quarta-feira <input type="text"/> <input type="text"/>	A10c
	Quinta-feira <input type="text"/> <input type="text"/>	A10d
	Sexta-feira <input type="text"/> <input type="text"/>	A10e
	Sábado <input type="text"/> <input type="text"/>	A10f
	Domingo <input type="text"/> <input type="text"/>	A10g

**MÓDULO PRINCIPAL: Consumo do Álcool, Continuação**

Eu tinha perguntado numa forma geral o seu hábito de consumo durante uma semana. As próximas perguntas serão sobre consumo de álcool em geral assim como bebidas de fabricação caseira, bebidas trazidas de fora do país, álcool não destinado a ser bebido ou álcool ilícito, não submetido às taxas aduaneiras. Por favor tenha somente estas bebidas em mente quando responder às próximas perguntas.

Perguntas	Respostas	Códigos
Nos últimos <b>7 dias</b> , consumiu alguma bebida alcoólica de <b>fermentação caseira</b> , alguma bebida alcoólica <b>trazido de fora/de Outro país</b> , algum álcool não taxado pelas alfândegas ou álcool não destinado a ser bebido? (UTILIZE AS IMAGENS ILUSTRATIVAS)	Sim 1  Não 2 Se NÃO, Vá à A13	A11
Em média, <b>quantas medidas padrão</b> das seguintes bebidas <b>consumiu nos últimos 7 dias?</b> (UTILIZE AS IMAGENS ILUSTRATIVAS)  Não Sabe 77	Bebidas espirituosas caseiras (Aguardente de cana/cacharamba) <input type="text"/> <input type="text"/>	A12a
	Bebidas caseiras como cerveja, vinhos de: palma, ananas e outras frutas <input type="text"/> <input type="text"/>	A12b
	Alcool ilegal ou bebidas do outro País (Grogue) <input type="text"/> <input type="text"/>	A12c
	Álcool não destinado a ser bebido, p. ex.: medicamentos à base de álcool, perfumes, loções pós-barbear, etc... <input type="text"/> <input type="text"/>	A12d
	Outra bebida alcoólica sem taxa aduaneira <input type="text"/> <input type="text"/>	A12e

**MÓDULO AMPLIADO: Consumo do Álcool**

Nos últimos <b>12 meses</b> quantas vezes notou que não foi capaz de parar de beber depois de ter começado?	Uma vez por dia 1 Uma vez por semana 2 Uma vez por Mes 3 Menos de 1 vez por Mes 4 Nunca 5	A13
Nos últimos <b>12 meses</b> , quantas vezes não conseguiu realizar um trabalho, por causa do consumo da bebida alcoólica?	Uma vez por dia 1 Uma vez por semana 2 Uma vez por Mes 3 Menos de 1 vez por Mes 4 Nunca 5	A14
Nos últimos <b>12 meses</b> , quantas vezes necessitou de uma	Uma vez por dia 1	A15

Número de Identificação do entrevistado

bebida alcoólica matinal ( <b>acordar com o copo</b> ) para se sentir apto, depois duma sessão pesada de consumo de bebida alcoólica	Uma vez por semana 2 Uma vez por Mes 3 Menos de 1 vez por Mes 4 Nunca 5	
Nos últimos 12 meses chegou a ter problemas familiares ou com seu parceiro porque uma outra pessoa tivesse consumido bebida alcoólica?	Sim, mais que 1 Mes 1 Sim, Mensal 2 Sim, várias vezes, mas menos de Mensal 3 Sim uma ou duas vezes 4 Não 5	A16

**MÓDULO : Dieta alimentar**

As seguintes questões baseam-se no seu consumo habitual de frutas e vegetais. As questões a seguir é sobre o vosso consumo habitual de frutos e legumes. Veja a carta que mostra alguns exemplos de frutas e vegetais locais. Cada desenho corresponde a uma porção. Em resposta a estas questões pense numa semana típica do ano passado.

Questão	Resposta	Código
Habitualmente, quantos dias por semana voce consome frutas? (UTILISAR AS CARTAS)	Número de dias <input type="text"/> <input type="text"/> Não sei 77 D3 Se nenhum dia, ir para	D1
Quantas porções de frutas consome durante um desses dias de semana (UTILISAR AS CARTAS)	Numero de porções <input type="text"/> Não sei 77	D2
Habitualmente, quantas dias por semana consome legumes e hortaliças (UTILISAR AS CARTAS)	Numero de dias <input type="text"/> <input type="text"/> Não sei 77 D5 Se nenhum dia, ir para	D3
Quantas <b>porções</b> de legumes e hortaliça consome durante um desses dias de <u>semana</u> (UTILISAR AS CARTAS)	Numero de de porções <input type="text"/> Não sei 77	D4

**Sal alimentar**

Para as questões abaixo mencionadas, procuramos a saber mais sobre o consumo de sal. Para sal alimentar, nos entendemos que o sal no quadro ordinário, o sal não refinado como sal marino, o sal iodado, em cubos de caldo ou caldo em pó e os molhos salgados como os molho de peixe salgado (ver a ficha). As seguintes questões baseam-se sobre sal que você adiciona no vosso prato no momento do consumo segundo a vossa maneira de preparar o prato em casa, baseado no vosso consumo de pratos cozinhados ricos em sal como por exemplo [inserir exemplos de pratos típicos do país: *molho de peixe salgado*]. Outras questões baseam-se sobre o controlo da sua necessidade em sal. Responda a essas questões, mesmo se considerar que consome menos sal.

<p><b>Adiciona</b> de vez em quando <b>o sal</b> ou algo salgado no seu prato antes ou enquanto come?</p> <p>(ESCOLHER SO U MA RESPOSTA) (UTILISAR AS CARTAS)</p>	<p>Sempre 1</p> <p>frequentemente 2</p> <p>As vezes 3</p> <p>Raramente 4</p> <p>Nunca 5</p> <p>Nao sabe 77</p>	D5
<p><b>Adicionas</b> de vez em quando <b>o sal</b> ou algo salgado (<b>caldo de galinha</b>) quando cozinhas em casa?</p>	<p>Sempre 1</p> <p>frequentemente 2</p> <p>As vezes 3</p> <p>Raramente 4</p> <p>Nunca 5</p> <p>Nao sabe 77</p>	D6

Número de Identificação do entrevistado

<p>Come de vez em quando pratos cozinhados ricos em sal ? Entende-se por « prato cozinhado rico em sal» os alimentos que modificamos a sua natureza, como os em caso de salgados pré – embalados, as conservas salgadas, os pratos salgados de restauração rápida, Queijo, Bacon, carne processada <i>[adicionar os exemplos específicos do país]., salchichas, choriço, hambúrguer, azeitona verde, fiambre e outros enchidos, molho de peixe salgado</i> <i>[INSERIR EXEMPLOS]</i> <i>(UTILISAR AS CARTAS)</i></p>	<p>Sempre 1 frequentemente 2 As vezes 3 Raramente 4 Nunca 5  Nao sabe 77</p>	<p>D7</p>
<p>Para si, que quantidade de sal ou consome ?</p>	<p>em excesso 1 Demasiado 2 Somente quantidade desejada 3 pouco 4 Muito pouco 5 Nao sabe 77</p>	<p>D8</p>

Alargado: Dieta alimentar		
Questão	Resposta	Código
Em que medida é importante para você a redução do consumo de sal ?	Muito importante 1 Importante 2 Sem importancia 3 Nao sabe 77	D9
Pensas que o facto de consumir muito sal ou de adicionar um molho salgado, <b>malagueta pisada com sal</b> , no seu prato pode ser a fonte de problema de saúde?	Sim 1 Nao 2 Nao sabe 77	D10
Tem tomado regularmente uma ou outras medidas abaixo mencionados para controlar a sua necessidade em sal? (resposta por cada pergunta)		
Limitar consumo de alimentos processados	Sim 1 Nao 2	D11a
Verificar o teor de sal indicado na etiqueta	Sim 1 Nao 2	D11b
comprar substitutos de baixo teor de sal e/ou de sódio (alternativas)	Sim 1 Nao 2	D11c
Utilizar outros ingredientes que não seja o sal na preparação do prato	Sim 1 Nao 2	D11d
Evitar comer os pratos preparados fora da casa?	Sim 1 Nao 2	D11e
Tomar outras medidas destinadas especificamente para controlar o seu consumo em sal	Sim 1 <i>Se sim, ir para D11other</i> Nao 2	D11f
outros (especificar)	<input type="checkbox"/>	D11other

MÓDULO PRINCIPAL: Actividade Física		
<p>Então eu vou perguntar-lhe sobre o tempo que você gasta fazendo diferentes tipos de actividade física numa semana típica. Por favor, responda a estas perguntas, mesmo que você não se considere uma pessoa activa.</p> <p>Pense primeiro sobre o tempo gasto no trabalho (quer seja um trabalho remunerado ou não), a estudar, em manter a sua casa, na colheita, na pesca, na caça, a puxar o carrinho de mão ou atrelado, a remar, ou à procura de trabalho, na estiva, a subir palmeiras, etc...Nestas questões, a "<b>actividade física intensa</b>" refere-se a <b>actividades que exigem esforço físico</b> e causam <i>grandes aumentos</i> na respiração ou batimentos cardíacos. Por Outro lado, as "<b>actividades físicas de intensidade moderada</b>" são actividades que <b>exigem esforço físico moderado</b> e causam <i>pequenos aumentos</i> na respiração ou batimentos cardíacos</p>		
Perguntas	Respostas	Códigos
<b>Trabalho</b>		
<p>O seu trabalho exige uma <b>actividade física muito intensa</b>, que implica uma aceleração importante da respiração ou do ritmo cardíaco, durante pelo menos 10 minutos consecutivos?</p> <p>Inserir exemplos (UTILIZE AS IMAGENS ILUSTRATIVAS)</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não 2 Se NÃO, Vá à P 4</p>	P1
Habitualmente numa semana, quantos dias, você realiza actividades físicas muito intensas como parte do seu trabalho?	Número de dias <input type="text"/>	P2
Num dia, desta actividade física muito intensa, quanto tempo voce gasta, na realização dessa actividade no seu trabalho?	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P3 (a-b)
<p>O seu trabalho exige uma <b>actividade física de intensidade moderada</b>, que implica uma aceleração moderada da respiração ou do ritmo cardíaco, durante pelo menos 10 minutos consecutivos?</p> <p>Inserir exemplos (UTILIZE AS IMAGENS ILUSTRATIVAS)</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não 2 Se NÃO, Vá à P 7</p>	P4
Habitualmente numa semana, quantos dias, você realiza actividade física moderada como parte do seu trabalho?	Número de dias <input type="text"/>	P5
Num dia, desta actividade física moderada, quanto tempo voce gasta, na realização dessa actividade no seu trabalho?	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P6 (a-b)
<b>Para deslocar-se de um lugar a Outro</b>		
<p>Nas perguntas seguintes vamos excluir as actividades físicas no trabalho, que acabou de mencionar há pouco.</p> <p>Agora eu gostaria de saber como habitualmente se desloca de um lugar para Outro. Por exemplo, para ir ao trabalho, fazer compras, ir ao mercado, ir ao local de culto, outros exemplos se necessario.</p>		
Você caminha ou usa uma bicicleta pelo menos 10 minutos consecutivos nas suas deslocações?	<p>Sim 1</p> <p>Não 2 Se NÃO, Vá à P 10</p>	P7
Durante uma semana, quantos dias caminha ou pedala a bicicleta pelo menos 10 minutos consecutivos nas suas deslocações?	Número de dias <input type="text"/>	P8
Num dia , quanto tempo gasta caminhando ou pedalando bicicleta para deslocar-se?	<p>Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>hrs mins</p>	P9 (a-b)

MÓDULO PRINCIPAL: Actividade Física, Continuação		
Perguntas	Respostas	Códigos
<b>Actividades Recreativas e de Lazer</b>		
As perguntas que se seguem excluem a actividade física no trabalho e transporte, já mencionados. Agora eu gostaria de passar para os desportos, ginástica, dança, teatro, ou outras actividades físicas no seu tempo livre		
No seu tempo livre pratica <b>desportos ou actividade muito intensa</b> que implicam uma aceleração importante da respiração ou do ritmo cardíaco, durante pelo menos 10 minutos consecutivos? Inserir exemplos (UTILIZE AS IMAGENS ILUSTRATIVAS)	Sim 1  No 2 Se NÃO, va a P 13	P10
Numa semana, em quantos dias você realiza desportos ou actividades muito intensas como parte do seu tempo livre?	Número de dias <input type="text"/>	P11
Num dia, quanto tempo gasta na realização de desportos ou actividade muito intensas no seu tempo livre?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P12 (a-b)
No seu tempo livre pratica <b>desportos ou actividade de intensidade moderada</b> , que implicam uma aceleração moderada da respiração ou do ritmo cardíaco, ( ciclismo, natacao, voleibol) durante pelo menos 10 minutos consecutivos Inserir exemplos (UTILIZE AS IMAGENS ILUSTRATIVAS)	Sim 1  Não 2 Se NÃO, Vá à P16	P13
Numa semana , em quantos dias você realiza desportos ou actividade de intensidade moderada como parte do seu tempo livre ou lazer	Número de dias <input type="text"/>	P14
Num dia, quanto tempo gasta na realização de desportos ou actividade de intensidade moderada no seu tempo livre?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P15 (a-b)

MÓDULO AMPLIADO: Actividade Física		
<b>Comportamento sedentário</b>		
A próxima pergunta é sobre o tempo que passa normalmente sentado ou deitado no trabalho, em casa, em movimento ou com amigos. Isso inclui o tempo gasto mas não inclui o tempo gasto dormindo P. ex.: sentado numa mesa com amigos, <b>viajando de motorizada</b> , de viatura, autocarro, comboio , jogando cartas ou assistindo a televisão, <b>jogando carta, bricando no telemovel, facebook, etc.</b> (UTILIZE AS IMAGENS ILUSTRATIVAS)		
Quando tempo costuma passar sentado ou deitado num dia?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P16 (a-b)

<b>MÓDULO PRINCIPAL: Antecedentes de Tensão Sanguínea Elevada</b>		
<b>Perguntas</b>	<b>Respostas</b>	<b>Códigos</b>
Alguma vez, um médico ou um outro profissional de saúde já mediu a sua tensão arterial?	Sim 1 Não 2 <i>Se NÃO, Vá à H6</i>	H1
Alguma vez um médico ou outro profissional de saúde chegou a anunciar-lhe de que tem tensão arterial alta (hipertensão)?	Sim 1 Não 2 <i>Se NÃO, Vá à H6</i>	H2a
Isso foi-lhe dito nos últimos 12 meses?	Sim 1 Não 2	H2b
Nas <b>duas últimas semanas</b> tomou algum medicamento (fármaco) indicado por um médico ou outro profissional de saúde devido à tensão arterial alta (hipertensão)?	Sim 1 Não 2	H3
Alguma vez procurou alguém que faz tratamento tradicional devido o problema de tensão arterial alta (hipertensão)?	Sim 1 Não 2	H4
Está tomando algum medicamento tradicional ou à base de ervas para a tensão arterial alta (hipertensão)?	Sim 1 Não 2	H5

<b>MÓDULO PRINCIPAL: Antecedentes de Diabetes</b>		
Alguma vez um médico ou um outro profissional de saúde já mediu o açúcar no seu sangue?	Sim 1 Não 2 <i>Se NÃO, Vá à H12</i>	H6
Um médico ou Outro profissional de saúde chegou alguma vez a lhe dizer de que tem açúcar alto no sangue, ou diabetes?	Sim 1 Não 2 <i>Se NÃO, Vá à H12</i>	H7a
Isso foi-lhe dito nos últimos 12 meses?	Sim 1 Não 2	H7b
Nas <b>duas últimas semanas</b> tomou algum medicamento indicado por um médico ou outro profissional de saúde devido à diabetes?	Sim 1 Não 2	H8
Está a tomar (atualmente) <b>insulina</b> , indicada por um médico ou outro profissional de saúde devido à diabetes?	Sim 1 Não 2	H9
Alguma vez procurou alguém que faz tratamento tradicional devido a problema de açúcar alto no sangue, ou diabetes?	Sim 1 Não 2	H10
Está tomando algum medicamento tradicional ou à base de ervas para o açúcar alto no sangue, ou diabetes?	Sim 1 Não 2	H11



**MÓDULO PRINCIPAL (Somente Mulheres): Rastreo do Cancro do Colo do Utero**

A pergunta seguinte concerne a prevenção do cancro do colo do útero. Os testes de rastreio para a prevenção do cancro do colo do útero podem ser realizados de diferentes formas, entre as quais a Inspeção Visual mediante o uso do Ácido Acético ou vinagre, conhecido como método VIA. Existem também os métodos de esfregaço numa lâmina microscópica conhecido como "pap" (de Papanicolaou) e o teste do Vírus de Papiloma Humano (teste HPV)

O método VIA consiste em inspeccionar a superfície do colo uterino após nele aplicar Ácido Acético ou vinagre.

Tanto para o "pap" como para o teste HPV, um médico ou um enfermeiro utilizam uma zaragatoa (*cotonete longa*) para introduzir na sua vagina e recolher amostras para mandar ao laboratório examinar. Inclusive, é possível que peçam para você introduzir a zaragatoa na própria vagina para recolher o material destinado a ser levado ao laboratório.

No laboratório, procura-se identificar mudanças anormais das células nos casos destes dois últimos métodos ("pap" e teste HPV).

Perguntas	Respostas	Códigos
Alguma vez passou por um rastreio contra o cancro do colo do útero por meio de um dos métodos acima descrito?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 77	CX1

**(Optional Modules) MODULOS OPCIONAIS : SAÚDE ORAL, TRAUMATISMO E VIOLENCIA****MÓDULO DE BASE: Saúde oral**

As perguntas seguintes são relativas à situação da sua saúde oral e aos comportamentos a ela associados.

Perguntas	Respostas	Códigos
Quantos dentes naturais tem?	Nenhum dente natural 1 <i>Caso nenhum dente natural, passe à O4</i> 1 a 9 dentes 2 10 a 19 dentes 3 20 Dentes ou mais 4 Não sei 77	O1
Como é que descreveria o estado dos seus dentes?	Excelente 1 Muito Bom 2 Bom 3 Suficiente 4 Mau 5 Muito Mau 6 Não sei 77	O2
Como é que descreveria o estado das suas gengivas?	Excelente 1 Muito Bom 2 Bom 3 Suficiente 4 Mau 5 Muito Mau 6 Não sei 77	O3
Como descreveria o estado da sua boca (mucosa)	Excelente 1 Muito Bom 2 Bom 3 Suficiente 4 Mau 5 Muito Mau 6 Não sei 77	O4
Tem alguma protese dentária?	Sim 1	O5

		Não 2	Se Não, passe à O7	
Que tipo de prótese dentária (placa) possui? (ANOTE CADA UMA)				
	Uma prótese dentária (placa) maxilar (superior)	Sim 1 Não 2		O6a
	Uma prótese dentária (placa) mandibular (inferior)	Sim 1 Não 2		O6b
	Teve alguma dor ou desconforto nos dentes ou na boca ao longo dos últimos 12 meses?	Sim 1 Não 2		O7
<b>MÓDULO PRINCIPAL: Saúde oral, Continuação</b>				
<b>Perguntas</b>		<b>Respostas</b>		<b>Códigos</b>
	Há quanto tempo foi a tua última consulta com um dentista	Menos de 6 meses 1 6-12 meses 2 Mais de 1 ano e menos de 2 anos 3 2 ou mais anos menos de 5 anos 4 5 ou mais anos 5 Nunca recebi cuidados para os dentes 6	Se Nunca, passe à O10	O8
	Qual foi o motivo principal da sua última consulta a um dentista ?	<b>Consulta/ Conselhos</b> 1		O9
		Dores / problemas com os dentes, gengivas ou boca 2 Tratamento / Sequencia de tratamento 3 Controlo de rotina 4 Outro 5	Se Outro, passe à O9other	
	Outro (Especifique !)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		O9other
	Com que frequência escova os dentes?	<b>Nunca</b> 1	Se Nunca, passe à O13a	O10
		Uma vez por mes 2		
		2-3 vezes por mês 3		
		Uma vez por semana 4		
		2-6 vezes por semana 5		
		Uma vez por dia 6		
		2 ou mais vezes ao dia 7		
	Utiliza pasta dentífrica para escovar os seus dentes?	Sim 1 Não 2	Se Não, passe à O13a	O11
	Utiliza pasta dentífrica que contém fluor?	Sim 1 Não 2 Não sei 77		O12
	Utiliza alguns dos seguintes instrumentos para limpar os seus dentes? (ANOTE CADA UM dos DOS ITENS)			
	Escova de Dente	Sim 1 Não 2		O13a
		Sim 1 Não 2		
	Palitos de madeira	Sim 1 Não 2		O13b
		Sim 1 Não 2		
	Palitos de plástico	Sim 1 Não 2		O13c
		Sim 1 Não 2		
	Fio ( Fio dental)	Sim 1 Não 2		O13d
		Sim 1 Não 2		
	Carvão	Sim 1 Não 2		O13e
		Sim 1 Não 2		
	Escova de madeira (cuaco)	Sim 1		O13f
	Outros	Sim 1 Não 2	Se Sim, passe à O13other	O13g
		Sim 1 Não 2		



<b>MÓDULO PRINCIPAL:Traumatismo</b>			
<b>As perguntas seguintes são dirigidas às diferentes experiências e comportamentos ligados aos ferimentos que acontecem nos acidentes rodoviários</b>			
<b>Perguntas</b>	<b>Respostas</b>	<b>Códigos</b>	
Ao longo dos últimos 30 dias, quantas vezes você usou o cinto de segurança, enquanto condutor ou passageiro de um veículo?	Todo o tempo 1 Às vezes 2 Nunca 3 Não estive num veículo nos últimos 30 dias 4 Não há cinto de segurança no carro que habitualmente uso 5  Não sei 77 Recusa responder 88	V1	
Ao longo dos últimos 30 dias, quantas vezes você usou um capacete enquanto condutor ou passageiro dumota ou scooter (acelera)?	Todo o tempo 1 Às vezes 2 Nunca 3 Não estive numa motorizada ou scooter nos últimos 30 dias 4 Não possuo capacete 5 Não sei 77 Recusa responder 88	V2	
Ao longo dos últimos 12 meses, você esteve envolvido/a num acidente rodoviário enquanto motorista, passageiro, pedestre (peao) ou ciclista?	Sim(enquanto condutor) 1 Sim (enquanto passageiro) 2 Sim (enquanto pedestre) 3 Sim( enquanto ciclista) 4 Não 5 Se NÃO, passe à V5 Não sei 77 Se NÃO SABE, passe à V5 Recusa responder 88 Se RECUSOU, passe à V5	V3	
Nesse acidente de rodoviário você teve algum ferimento que precisou de intervenção de um médico?	Sim 1 Não 2 Não sei 77 Recusa responder 88	V4	
<b>As perguntas seguintes são relativas aos ferimento mais graves causados num acidente ocorrido ao longo dos últimos 12 meses</b>			
Ao longo dos últimos 12 meses, você teve algum traumatismo num acidente que não seja acidente rodoviário que precisou de intervenção de um médico?	Sim 1 Não 5 Se NÃO, passe à V8 Não sei 77 Se NÃO SABE, passe à V8 Recusa responder 88 Se RECUSOU, passe à V8	V5	
Entre as diferentes causas, indique a que causou esse traumatismo	Queda 1 Queimadura 2 Envenenamento 3 Corte 4 Quase-afogamento 5 Mordedura de animal 6 Outros (especifique) 7 Si outros, passa a V6other Não sei 77 Recusa responder 88	V6	
	Outros (especifique sff) <input type="text"/>		V6other

MÓDULO PRINCIPAL: Traumatismo, Continuação			
Perguntas		Respostas	Códigos
	Onde você se encontrava quando sofreu esse traumatismo?	Casa 1	V7
		Escola 2	
Trabalho 3			
Estrada / rua 4			
Roça/ Quinta/Campo agrícola 5			
Area Desportiva 6			
Outros (especifique) 7 Si outros, passe a V7other			
Não sei 77			
Recusa responder 88			
	Outros (especifique sff) <input type="text"/>	V7 other	

MÓDULO ALARGADO: Traumatismos involuntários			
As próximas perguntas incidem sobre seus comportamentos relacionados com a sua segurança e com o consumo do álcool enquanto condutor ou sendo passageiro.			
Perguntas		Respostas	Códigos
	Ao longo dos últimos 30 dias, você usou com frequência um capacete ao andar de bicicleta?	Sempre 1	V8
		Às vezes 2	
		Nunca 3	
		Não andei de bicicleta nos últimos 30 dias 4	
		Não sei 77	
		Recusa responder 88	
	Ao longo dos últimos 30 dias, quantas vezes você conduziu um veículo motorizado depois de beber pelo menos 2 copos de bebidas alcoólicas? (USE CARTOES)	Número de vezes <input type="text"/>	V9
		Não sei 77	
		Recusa responder 88	
	Nos últimos 30 dias, quantas vezes você já andou num veículo motorizado em que o condutor tivesse bebido pelo menos 2 copos bebidas alcoólicas? (USE CARTÕES)	Número de vezes <input type="text"/>	V10
		Não sei 77	
		Recusa responder 88	

MÓDULO PRINCIPAL: Violência			
A próxima pergunta incide sobre diferentes experiências e comportamentos relacionados com a violência.			
Perguntas		Respostas	Códigos
	Nos últimos 12 meses, quantas vezes você esteve envolvido num incidente violento em que saiu com ferimentos que implicaram cuidados médicos?	Nunca 1 Se NUNCA, vá à V14	V11
		Raramente (1-2 vezes) 2	
		Às vezes (3-5 vezes) 3	
		Muitas vezes (6 ou mais vezes) 4	
		Não sei 77 Se NÃO SABE, vá à V14	
		Recusa responder 88 Se RECUSOU, vá à V14	
A próxima pergunta incide sobre incidentes muito violentos que possam ter acontecido consigo nos últimos 12 meses.			

	<p>Aponte se faz favor, quais das seguintes causas provocaram-lhe incidentes muito violentos nos últimos 12 meses.</p> <p>(USE IMAGENS ILUSTRATIVAS)</p>	<p>Ferimento com arma de fogo 1</p> <p>Ferimento com uma arma distinta duma arma de fogo 2</p> <p>Ferimento não provocado por armas (bofetadas, socos, empurrões...) 3</p> <p>Não sei 7</p> <p>Recusa responder 88</p>	V12
	<p>Aponte se faz favor, o tipo de relacionamento existente entre você e a outra pessoa implicada no traumatismo que você teve?</p>	<p>Cônjuge/Parceiro íntimo 1</p> <p>Pais 2</p> <p>Filho, irmão ou outro familiar 3</p> <p>Amigo ou conhecido 4</p> <p>Alguem não familiar 5</p> <p>Desconhecido 6</p> <p>Autoridades oficiais ou judiciais 7</p> <p>Outros (especifique) 8</p> <p>Recusa responder 88</p>	V13
		<p>Outros (especifique sff) <input type="text"/></p>	V13other
	<p>Durante a sua infância (antes dos 18 anos de idade) algum familiar ou um adulto na mesma casa chegou alguma vez a fazer o seguinte consigo: empurrar, agarrar, sacudir, dar palmatorias, bater, queimar, chicotear, bofetadas ou jogar alguma coisa em cima?</p>	<p>Nunca</p> <p>Muito raramente 1</p> <p>Uma vez por mês 2</p> <p>Uma vez por semana 3</p> <p>Quase diariamente 4</p> <p>Não sei 77</p> <p>Recusa responder 88</p>	V14
	<p>Durante a sua infância, algum adulto ou pessoa mais velha do que você, ( em pelo menos cinco anos), chegou alguma vez a tocar-lhe ou tenha tentado você a tocá-lo sexualmente ou a obriga-lo a fazer sexo?</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não 2</p> <p>Recusa responder 88</p>	V15
	<p>Após ter completado 18 anos, você já foi obrigado por alguém a ter um acto sexual (seja vaginal, oral, ou penetração anal) <b>contra a sua vontade?</b> Quantas vezes?</p>	<p><b>nunca</b> 1</p> <p>Uma vez 2</p> <p>Algumas vezes (2-3 vezes) 3</p> <p>Muitas vezes (4 ou mais vezes) 4</p> <p>Não sei 77</p> <p>Recusa responder 88</p>	V16

MÓDULO ALARGADO: Violência			
As próximas perguntas incidem sobre seus comportamentos relacionados com a sua segurança.			
Perguntas	Respostas		Códigos
<p>Nos últimos 12 meses, você teve receios pela sua própria segurança ou de sua família devido à raiva ou ameaças de outra(s) pessoa (s)?</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não 2 <i>Se NÃO, vá à V19</i></p> <p>Recusa responder 88 <i>Se RECUSOU, vá à V19</i></p>	V17	
<p>Aponte por favor, de quem é que tinha mais receios.</p>	<p>Cônjuge/Parceiro íntimo 1</p> <p>Pais 2</p> <p>Filho, irmão, irmã ou outro familiar 3</p> <p>Amigo ou conhecido 4</p> <p>Alguem nao familiar 5</p> <p>Desconhecido 6</p> <p>Autoridades oficiais ou judiciais 7</p>	V18	

Número de Identificação do entrevistado

		Outros (especifique) 8 se outro vá a v18 other Recusa responder 88	
		Outros (especifique sff) <input type="text"/>	V18other
	Você saiu de casa com uma arma de fogo carregada nos últimos 30 dias?	Não 1 Sim, para proteger-me 2 Sim, como parte do meu trabalho 3 Sim, para a minha actividade desportiva (p. ex.: entretenimento de atirar ) 4 Recusa responder 88	V19

## Degrau 2 Medições Físicas

MÓDULO PRINCIPAL: Tensão Arterial		
Perguntas	Respostas	Códigos
ID do Inquiridor (Nº de Identificação)	<input type="text"/>	M1
Nº de Identificação do aparelho para medir a pressão sanguínea	<input type="text"/>	M2
Tamanho da braçadeira utilizada	Pequeno 1 Médio 2 Grande 3	M3
Leitura 1	Sistólica (mmHg) <input type="text"/>	M4a
	Diastólica (mmHg) <input type="text"/>	M4b
Leitura 2	Sistólica (mmHg) <input type="text"/>	M5a
	Diastólica (mmHg) <input type="text"/>	M5b
Leitura 3	Sistólica (mmHg) <input type="text"/>	M6a
	Diastólica (mmHg) <input type="text"/>	M6b
Nas <b>duas últimas semanas</b> tomou algum medicamento (fármaco) indicado por um médico ou outro profissional de saúde devido à tensão alta?	Sim 1 Não 2	M7
MÓDULO PRINCIPAL: Altura e Peso		
Para senhoras: a senhora está grávida?	Sim 1 <i>Se Sim, Vá à M 16</i> Não 2	M8
ID do Inquiridor	<input type="text"/>	M9
Nº de Identificação dos aparelhos para medir a altura e peso	Altímetro <input type="text"/>	M10a
	Balança <input type="text"/>	M10b
Altura	Em Centímetros (cm) <input type="text"/>	M11
Peso <i>Se for pesado demais para a balança, marque 666.6</i>	Em Quilogramas (kg) <input type="text"/>	M12
MÓDULO PRINCIPAL: Circunferência Abdominal (na parte mais estreita do abdómen)		
Nº de Identificação do aparelho para medir o abdómen	<input type="text"/>	M13
Circunferência abdominal	Em Centímetros (cm) <input type="text"/>	M14
MÓDULO AMPLIADO: Circunferência das Ancas e frequência cardíaca		
Circunferência das ancas	Em Centímetros (cm) <input type="text"/>	M15
Frequência cardíaca		
Medição 1	Frequência/min <input type="text"/>	M16a
Medição 2	Frequência/min <input type="text"/>	M16b
Medição 3	Frequência/min <input type="text"/>	M16c

## Degrau 3 Medições Bioquímicas

<b>MÓDULO PRINCIPAL: Glucose Sanguínea (Açúcar no Sangue)</b>		
<b>Perguntas</b>	<b>Respostas</b>	<b>Códigos</b>
Nas últimas 12 horas, comeu ou bebeu alguma coisa além de água?	Sim 1 Não 2	B1
Nº de Identificação do Técnico de saúde	<input type="text"/>	B2
Nº de Identificação do aparelho	<input type="text"/>	B3
Hora em que a amostra de sangue foi colectada (ciclo de 24 horas)	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	B4
Glucose em jejum <b>Em mmol/L ou mg/dl</b>	mmol/dl <input type="text"/> : <input type="text"/> mg/dl <input type="text"/> . <input type="text"/>	B5
Hoje tomou insulina ou outro medicamento (fármaco) indicado por um médico ou outro profissional de saúde devido ao elevado nível de açúcar no sangue?	Sim 1 Não 2	B6
<b>MÓDULO PRINCIPAL: Lípidos Sanguíneos (Gordura no Sangue)</b>		
Nº de Identificação do aparelho	<input type="text"/>	B7
Colesterol Total <b>Em mmol/L ou mg/dl</b>	mmol/dl <input type="text"/> : <input type="text"/> mg/dl <input type="text"/> . <input type="text"/>	B8
Nas <b>duas últimas semanas</b> tomou algum medicamento (fármaco) indicado por um médico ou outro profissional de saúde devido ao nível elevado do colesterol total no seu sangue?	Sim 1 Não 2	B9

<b>MÓDULO PRINCIPAL: Sódio e creatinina na Urina</b>		
Voce esteve em jejum quando colheu a urina?	Sim 1 Nao 2	B10
Codigo do tecnico	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	B11
Codigo do Aparelho	<input type="text"/> <input type="text"/>	B12
Hora que colheu a urina (0-24 horas)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Horas                      min	B13
Sodio urinario	mmol/L <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	B14
Creatinina urinaria	mmol/L <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	B15
<b>MODULO AMPLIADO: Triglicerideos e colesterol HDL</b>		
Trigliceridios em mmol/l Ou mg/ml	mmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	B16
	mg/dl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	
Colesterol HDL em mmol/l Ou mg/l	mmol/l <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	B17
	mg/dl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	

