

## D. Morbidade

Horário de Início \_\_\_\_ : \_\_\_\_

As perguntas deste módulo são sobre doenças crônicas e infecciosas. Vamos fazer perguntas sobre diagnóstico de doenças, uso dos serviços de saúde e tratamento dos problemas.

<b>D1</b>	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) teve sua pressão arterial medida?	1. Há menos de 6 meses	<b>Se 6: Ir para D22</b>
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano	
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos	
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos	
		5. 3 anos ou mais	
		6. Nunca	
<b>D2</b>	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?	1. Sim	<b>Se 2 ou 3: Ir para D22</b>
		2. Apenas durante a gravidez ( <i>só para mulheres</i> )	
		3. Não	
<b>D3</b>	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de hipertensão (pressão alta)?	_____ anos	
<b>D4</b>	O(a) sr(a) visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão? [Explicação: consultas de acompanhamento marcadas periodicamente]	1. Sim	<b>Se 3: Ir para D6</b>
		2. Não, só quando tem algum problema	
		3. Não vai nunca	
<b>D5</b>	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão?	1. O serviço de saúde é muito distante	
		2. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande	
		3. Tem dificuldades financeiras	
		4. Não acha necessário	
		5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas	
		6. O plano de saúde não cobre as consultas	
		7. Não sabe quem procurar ou aonde ir	
		8. Outro ( <i>especifique</i> ): _____	

<b>D6</b>	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da hipertensão?			
	a. Dieta	1. Sim	2. Não	3. Já fazia antes do diagnóstico
	b. Prática de atividade física	1. Sim	2. Não	3. Já fazia antes do diagnóstico
	c. Toma medicamentos	1. Sim	2. Não	
	d. Outro ( <i>especifique</i> ): _____	1. Sim	2. Não	
<b>D7</b>	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) recebeu assistência de saúde por causa da hipertensão arterial?	1. Há menos de 6 meses		
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano		
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos		
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos		
		5. 3 anos ou mais atrás		
		6. Nunca recebeu		
<b>D8</b>	Na última vez que recebeu assistência de saúde para hipertensão, onde o(a) sr(a) foi atendido?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica)		
		2. UPA (Unidade de pronto Atendimento)		
		3. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)		
		4. Pronto-socorro ou emergência de hospital público		
		5. Ambulatório de hospital público		
		6. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato		
		7. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado		
		8. Outro ( <i>especifique</i> ): _____		
<b>D9</b>	O atendimento foi feito pelo SUS?	1. Sim	2. Não	
<b>D10</b>	O(a) sr(a) pagou pelo atendimento?	1. Sim, pagou diretamente sem reembolso		
		2. Sim, mas teve reembolso total através do plano de saúde		
		3. Sim, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde		
		4. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço		
		5. Não, porque o atendimento foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG		
		6. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS		

**Se 6: Ir para D18**

<b>D11</b>	Em algum dos atendimentos para hipertensão, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?			
	a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais)	1. Sim	2. Não	
	b. Manter o peso adequado	1. Sim	2. Não	
	c. Ingerir menos sal	1. Sim	2. Não	
	d. Praticar atividade física regular	1. Sim	2. Não	
	e. Não fumar	1. Sim	2. Não	
	f. Não beber em excesso	1. Sim	2. Não	
	g. Fazer o acompanhamento regular	1. Sim	2. Não	
	h. Outro ( <i>especifique</i> ): _____	1. Sim	2. Não	
<b>D12</b>	Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial foi pedido algum exame?			
	a. Exame de sangue (colesterol, glicemia, triglicerídeos)	1. Sim	2. Não	
	b. Exame de urina	1. Sim	2. Não	
	c. Exame gráfico (eletrocardiograma)	1. Sim	2. Não	
	d. Teste de esforço	1. Sim	2. Não	
	e. Outro ( <i>especifique</i> ): _____			
	f. Não foi pedido nenhum exame		<b>Se f: Ir para D15</b>	
<b>D13</b>	O(a) sr(a) fez todos os exames solicitados?	1. Sim	2. Não	<b>Se 1: Ir para D15</b>
<b>D14</b>	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter feito todos os exames solicitados?	1. O exame está marcado, mas ainda não fez		
		2. Não achou necessário		
		3. Não conseguiu marcar		
		4. O tempo de espera no laboratório ou serviço de saúde era muito grande		
		5. Estava com dificuldades financeiras		
		6. O laboratório ou serviço de saúde era muito distante		
		7. O horário de funcionamento do laboratório ou serviço de saúde era incompatível com as suas atividades de trabalho ou domésticas		
		8. O plano de saúde não cobria todos os exames solicitados		
		9. Não sabia onde realizar os exames		
		10. Outro ( <i>especifique</i> ): _____		

<b>D15</b>	Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial, houve encaminhamento para alguma consulta com um cardiologista ou outro médico especialista?	1. Sim	2. Não	<b>Se 2: Ir para D18</b>
<b>D16</b>	O(a) sr(a) foi a todas as consultas com o médico especialista?	1. Sim	2. Não	<b>Se 1: Ir para D18</b>
<b>D17</b>	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter ido a todas as consultas com o médico especialista?	1. A consulta está marcada, mas ainda não foi		
		2. Não conseguiu marcar		
		3. Não achou necessário		
		4. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande		
		5. Não sabia quem procurar ou aonde ir		
		6. Estava com dificuldades financeiras		
		7. O plano de saúde não cobria a consulta		
		8. O serviço de saúde era muito distante		
		9. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas		
		10. Outro ( <i>especifique</i> ): _____		
<b>D18</b>	O(a) sr(a) tem ou teve alguma destas complicações por causa da pressão alta?			
	a. Angina	1. Sim	2. Não	
	b. Infarto	1. Sim	2. Não	
	c. AVC	1. Sim	2. Não	
	d. Insuficiência cardíaca	1. Sim	2. Não	
	e. Outro problema circulatório	1. Sim	2. Não	
	f. Problema nos rins	1. Sim	2. Não	
	g. Outra ( <i>especifique</i> ): _____			
h. Não teve complicações				
<b>D19</b>	Alguma vez o(a) sr(a) se internou por causa da hipertensão ou de alguma complicação?	1. Sim, _____ vezes	2. Não	<b>Se 2: Ir para D21</b>

<b>D20</b>	Há quanto tempo foi a última internação por causa da hipertensão ou de alguma complicação?	1. Há menos de 6 meses	
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano	
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos	
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos	
		5. 3 anos ou mais atrás	
<b>D21</b>	Em geral, em que grau a hipertensão ou alguma complicação da hipertensão limita as suas atividades habituais?	1. Não limita	
		2. Um pouco	
		3. Moderadamente	
		4. Intensamente	
		5. Muito intensamente	
<b>D22</b>	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) fez exame de sangue para medir a glicemia, isto é, o açúcar no sangue?	1. Há menos de 6 meses	<b>Se 6: Ir para D45</b>
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano	
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos	
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos	
		5. 3 anos ou mais atrás	
		6. Nunca fez	
<b>D23</b>	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes?	1. Sim	<b>Se 2 ou 3: Ir para D45</b>
		2. Apenas durante a gravidez ( <i>só para mulheres</i> )	
		3. Não	
<b>D24</b>	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de diabetes?	_____ anos	
<b>D25</b>	O(a) sr(a) visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes? [Explicação: consultas de acompanhamento marcadas periodicamente]	1. Não	<b>Se 3: Ir para D27</b>
		2. Não, só quando tem algum problema	
		3. Sim	

<b>D26</b>	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes?	1. O serviço de saúde é muito distante		
		2. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande		
		3. Tem dificuldades financeiras		
		4. Não acha necessário		
		5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas		
		6. O plano de saúde não cobre as consultas		
		7. Não sabe quem procurar ou aonde ir		
		8. Outro ( <i>especifique</i> ): _____		
<b>D27</b>	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do diabetes?			
	a. Dieta	1. Sim	2. Não	3. Já fazia antes do diagnóstico
	b. Prática de atividade física	1. Sim	2. Não	3. Já fazia antes do diagnóstico
	c. Toma medicamentos orais, como hipoglicemiantes	1. Sim	2. Não	
	d. Usa insulina	1. Sim	2. Não	
	e. Outro ( <i>especifique</i> ): _____	1. Sim	2. Não	
<b>D28</b>	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) recebeu assistência de saúde por causa do diabetes?	1. Há menos de 6 meses		
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano		
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos		
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos		
		5. 3 anos ou mais atrás		
		6. Nunca recebeu		
				<b>Se 6: Ir para D41</b>

<b>D29</b>	Na última vez que recebeu assistência de saúde para diabetes, onde o(a) sr(a) foi atendido?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica)	
		2. UPA (Unidade de pronto Atendimento)	
		3. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	
		4. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	
		5. Ambulatório de hospital público	
		6. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato	
		7. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado	
		8. Outro ( <i>especifique</i> ): _____	
<b>D30</b>	O atendimento foi feito pelo SUS?	1. Sim	2. Não
<b>D31</b>	O(a) sr(a) pagou pelo atendimento?	1. Sim, pagou diretamente sem reembolso	
		2. Sim, mas teve reembolso total através do plano de saúde	
		3. Sim, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde	
		4. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço	
		5. Não, porque o atendimento foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG	
		6. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS	
<b>D32</b>	Em algum dos atendimentos para diabetes, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?		
	a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais)	1. Sim	2. Não
	b. Manter o peso adequado	1. Sim	2. Não
	c. Praticar atividade física regular	1. Sim	2. Não
	d. Não fumar	1. Sim	2. Não
	e. Não beber em excesso	1. Sim	2. Não
	f. Diminuir o consumo de carboidratos (massas, pães, etc.)	1. Sim	2. Não
	g. Outro ( <i>especifique</i> ): _____	1. Sim	2. Não

<b>D33</b>	Em algum dos atendimentos para diabetes foi pedido algum exame?			
	<b>a.</b> Exame de sangue (colesterol, glicemia, triglicérides)	1. Sim	2. Não	
	<b>b.</b> Hemoglobina glicada	1. Sim	2. Não	
	<b>c.</b> Curva glicêmica	1. Sim	2. Não	
	<b>d.</b> Exame de urina	1. Sim	2. Não	
	<b>e.</b> Outro ( <i>especifique</i> ): _____			
	<b>f.</b> Não foi pedido nenhum exame			<b>Se f: Ir para D36</b>
<b>D34</b>	O(a) sr(a) fez todos os exames solicitados?	1. Sim	2. Não	<b>Se 1: Ir para D36</b>
<b>D35</b>	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter feito todos os exames solicitados?	1. O exame está marcado, mas ainda não fez		
		2. Não achou necessário		
		3. Não conseguiu marcar		
		4. O tempo de espera no laboratório ou serviço de saúde era muito grande		
		5. Estava com dificuldades financeiras		
		6. O laboratório ou serviço de saúde era muito distante		
		7. O horário de funcionamento do laboratório ou serviço de saúde era incompatível com as suas atividades de trabalho ou domésticas		
		8. O plano de saúde não cobria todos os exames solicitados		
		9. Não sabia onde realizar os exames		
		10. Outro ( <i>especifique</i> ): _____		
<b>D36</b>	Em algum dos atendimentos para diabetes, houve encaminhamento para alguma consulta com médico especialista, como cardiologista ou oftalmologista?	1. Sim	2. Não	<b>Se 2: Ir para D39</b>
<b>D37</b>	O(a) sr(a) foi a todas as consultas com médico especialista?	1. Sim	2. Não	<b>Se 1: Ir para D39</b>

<b>D38</b>	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter ido a todas as consultas com o médico especialista?	1. A consulta está marcada, mas ainda não foi
		2. Não conseguiu marcar
		3. Não achou necessário
		4. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande
		5. Não sabia quem procurar ou aonde ir
		6. Estava com dificuldades financeiras
		7. O plano de saúde não cobria a consulta
		8. O serviço de saúde era muito distante
		9. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas
		10. Outro ( <i>especifique</i> ): _____
<b>D39</b>	Quando foi a última vez que realizaram um exame de vista ou fundo de olho em que dilataram sua pupila?	1. Há menos de 6 meses
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos
		5. 3 anos ou mais atrás
		6. Nunca fez
<b>D40</b>	Quando foi a última vez que um médico ou profissional de saúde examinou seus pés para verificar feridas ou irritações?	1. Há menos de 6 meses
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos
		5. 3 anos ou mais atrás
		6. Nunca teve os pés examinados

<b>D41</b>	O(a) sr(a) tem ou teve alguma destas complicações por causa do diabetes?			
	a. Problemas na vista	1. Sim	2. Não	
	b. Infarto	1. Sim	2. Não	
	c. AVC	1. Sim	2. Não	
	d. Outro problema circulatório	1. Sim	2. Não	
	e. Problema nos rins	1. Sim	2. Não	
	f. Úlceras nos pés	1. Sim	2. Não	
	g. Amputação	1. Sim	2. Não	
	h. Coma diabético	1. Sim	2. Não	
	i. Outro ( <i>especifique</i> ): _____			
j. Não teve complicações				
<b>D42</b>	Alguma vez o(a) sr(a) se internou por causa do diabetes ou de alguma complicação?	1. Sim, _____ vezes	2. Não	<b>Se 2: Ir para D44</b>
<b>D43</b>	Há quanto tempo foi a última internação por causa do diabetes ou de alguma complicação?	1. Há menos de 6 meses		
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano		
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos		
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos		
		5. 3 anos ou mais atrás		
<b>D44</b>	Em geral, em que grau o diabetes ou alguma complicação do diabetes limita as suas atividades habituais?	1. Não limita		
		2. Um pouco		
		3. Moderadamente		
		4. Intensamente		
		5. Muito intensamente		

<b>D45</b>	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) fez exame de sangue para medir o colesterol e triglicérides?	1. Há menos de 6 meses			<b>Se 6: Ir para D52</b>	
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano				
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos				
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos				
		5. 3 anos ou mais atrás				
		6. Nunca fez				
<b>D46</b>	Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem colesterol alto?	1. Sim	2. Não		<b>Se 2: Ir para D49</b>	
<b>D47</b>	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de colesterol alto?	_____ anos				
<b>D48</b>	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do colesterol alto?					
	a. Dieta	1. Sim	2. Não	3. Já fazia antes do diagnóstico		
	b. Prática de atividade física	1. Sim	2. Não	3. Já fazia antes do diagnóstico		
	c. Toma medicamentos	1. Sim	2. Não			
	d. Outro ( <i>especifique</i> ): _____	1. Sim	2. Não			
<b>D49</b>	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?	1. Sim, qual? _____ CID  __ __ __		2. Não		<b>Se 2: Ir para D54</b>
<b>D50</b>	Que idade o sr(a) tinha no primeiro diagnóstico da doença do coração?	_____ anos		0. Desde que nasceu		

<b>D51</b>	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da doença do coração?			
	a. Dieta	1. Sim	2. Não	3. Já fazia antes do diagnóstico
	b. Prática de atividade física	1. Sim	2. Não	3. Já fazia antes do diagnóstico
	c. Toma medicamentos	1. Sim	2. Não	
	d. Outro ( <i>especifique</i> ): _____	1. Sim	2. Não	
<b>D52</b>	O(a) sr(a) já fez alguma cirurgia de ponte de safena ou colocação de stent ou angioplastia?	1. Sim	2. Não	
<b>D53</b>	Em geral, em que grau a doença do coração limita as suas atividades habituais?	1. Não limita		
		2. Um pouco		
		3. Moderadamente		
		4. Intensamente		
		5. Muito intensamente		
<b>D54</b>	Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) teve um AVC (acidente vascular cerebral) ou derrame?	1. Sim	2. Não	<b>Se 2: Ir para D58</b>
<b>D55</b>	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico do AVC?	_____ anos		
<b>D56</b>	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do AVC?			
	a. Dieta	1. Sim	2. Não	3. Já fazia antes do diagnóstico
	b. Fisioterapia	1. Sim	2. Não	
	c. Outras terapias de reabilitação	1. Sim	2. Não	
	d. Toma medicamentos	1. Sim	2. Não	
	e. Outro ( <i>especifique</i> ): _____	1. Sim	2. Não	
<b>D57</b>	Em geral, em que grau o AVC limita as suas atividades habituais?	1. Não limita		
		2. Um pouco		
		3. Moderadamente		
		4. Intensamente		
		5. Muito intensamente		

<b>D58</b>	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de asma ou bronquite asmática?	1. Sim	2. Não	<b>Se 2: Ir para D63</b>
<b>D59</b>	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de asma?	_____ anos		
<b>D60</b>	Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) teve algum ataque de asma?	1. Sim	2. Não	
<b>D61</b>	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da asma?			
	<b>a.</b> Usa medicamentos (inaladores, aerossol ou comprimidos)	1. Sim	2. Não	
	<b>b.</b> Outro ( <i>especifique</i> ): _____	1. Sim	2. Não	
<b>D62</b>	Em geral, em que grau a asma limita as suas atividades habituais?	1. Não limita		
		2. Um pouco		
		3. Moderadamente		
		4. Intensamente		
		5. Muito intensamente		
<b>D63</b>	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de artrite?	1. Sim	2. Não	<b>Se 2: Ir para D68</b>
<b>D64</b>	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de artrite?	_____ anos		
<b>D65</b>	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da artrite?			
	<b>a.</b> Exercício ou fisioterapia	1. Sim	2. Não	
	<b>b.</b> Usa medicamentos ou injeções	1. Sim	2. Não	
	<b>c.</b> Faz acupuntura	1. Sim	2. Não	
	<b>d.</b> Outro ( <i>especifique</i> ): _____	1. Sim	2. Não	
<b>D66</b>	O(a) sr(a) já fez alguma cirurgia por causa da artrite?	1. Sim	2. Não	
<b>D67</b>	Em geral, em que grau a artrite limita as suas atividades habituais?	1. Não limita		
		2. Um pouco		
		3. Moderadamente		
		4. Intensamente		
		5. Muito intensamente		
<b>D68</b>	O(a) sr(a) tem algum problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco?	1. Sim	2. Não	<b>Se 2: Ir para D73</b>

<b>D69</b>	Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou o problema na coluna?	_____ anos				
<b>D70</b>	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do problema na coluna?					
	a. Exercício ou fisioterapia	1. Sim	2. Não			
	b. Usa medicamentos ou injeções	1. Sim	2. Não			
	c. Faz acupuntura	1. Sim	2. Não			
	d. Outro ( <i>especifique</i> ): _____	1. Sim	2. Não			
<b>D71</b>	O(a) sr(a) já fez alguma cirurgia por causa do problema na coluna?	1. Sim	2. Não			
<b>D72</b>	Em geral, em que grau o problema na coluna limita as suas atividades habituais?	1. Não limita				
		2. Um pouco				
		3. Moderadamente				
		4. Intensamente				
		5. Muito intensamente				
<b>D73</b>	O(a) sr(a) já recebeu a vacina contra hepatite?	1. Sim	2. Não	888. Não sabe/Não lembra		
<b>D74</b>	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hepatite?	1. Sim		2. Não		<b>Se 2: Ir para D79</b>
<b>D75</b>	Que tipo de hepatite? [ Se o entrevistado responder que teve hepatite B e C, escolher a mais antiga].					<b>Se 1 ou 9: Ir para D79</b>
	1. A					
	2. B					
	3. C					
	9. Não sei o tipo					

<b>D76</b>	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico?	_____ anos		
<b>D77</b>	Atualmente, o(a) sr(a) faz uso de medicamentos por causa da hepatite?	1. Sim	2. Não	
<b>D78</b>	Em que grau a hepatite limita as suas atividades habituais?	1. Não limita		
		2. Um pouco		
		3. Moderadamente		
		4. Intensamente		
		5. Muito intensamente		
<b>D79</b>	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de tuberculose?	1. Sim	2. Não	<b>Se 2: Ir para D88</b>
<b>D80</b>	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de tuberculose?	_____ anos		
<b>D81</b>	Quando o(a) sr(a) foi diagnosticado com tuberculose, o médico ou enfermeiro examinou as pessoas que moravam em sua casa para ver se alguma delas precisava de tratamento?	1. Sim	2. Não	
<b>D82</b>	O(a) sr(a) se tratou ou se trata por causa da tuberculose?	1. Sim	2. Não	<b>Se 1: Ir para D84</b>
<b>D83</b>	Porque o(a) sr(a) não se tratou?	1. O serviço de saúde era muito distante		<b>Ir para D88</b>
		2. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande		
		3. Teve dificuldades financeiras		
		4. Não achou necessário		
		5. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas		
		6. O plano de saúde não cobria o tratamento		
		7. Não sabia a quem procurar ou aonde ir		
		8. Outro ( <i>especifique</i> ): _____		
<b>D84</b>	O(a) sr(a) fez ou faz tratamento supervisionado?	1. Sim	2. Não	

<b>D85</b>	Durante o tratamento, recebeu algumas das orientações?				
	a. Seguir corretamente o tratamento prescrito	1. Sim	2. Não		
	b. Não interromper o tratamento	1. Sim	2. Não		
	c. Não faltar às consultas agendadas	1. Sim	2. Não		
	d. Não fumar	1. Sim	2. Não		
	e. Não consumir bebida alcoólica	1. Sim	2. Não		
	f. Outro ( <i>especifique</i> ): _____				
<b>D86</b>	O(a) sr(a) completou o tratamento até receber alta?	1. Sim	2. Ainda está em tratamento	3. Não, abandonou	<b>Se 1 ou 2: Ir para D88</b>
<b>D87</b>	Quando o(a) sr(a) abandonou o tratamento, recebeu algum telefonema, carta ou comunicado do serviço de saúde ou visita de agente ou algum profissional da equipe de saúde da família?	1. Sim		2. Não	
<b>D88</b>	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de depressão?	1. Sim		2. Não	<b>Se 2: Ir para D101</b>
<b>D89</b>	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de depressão?	_____ anos			
<b>D90</b>	O(a) sr(a) visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa da depressão?	1. Não			<b>Se 3: Ir para D92</b>
		2. Não, só quando tem algum problema			
		3. Sim			
<b>D91</b>	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa da depressão?	1. Não está mais deprimido			
		2. O serviço de saúde é muito distante			
		3. Não tem ânimo			
		4. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande			
		5. Tem dificuldades financeiras			
		6. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas			
		7. O plano de saúde não cobre as consultas			
		8. Não sabe quem procurar ou aonde ir			
		9. Outro ( <i>especifique</i> ): _____			

<b>D92</b>	Quais tratamentos o(a) sr(a) faz atualmente por causa da depressão?		
	a. Faz psicoterapia	1. Sim	2. Não
	b. Toma medicamentos	1. Sim	2. Não
	c. Outro ( <i>especifique</i> ): _____		
<b>D93</b>	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) recebeu assistência de saúde por causa da depressão?	1. Há menos de 6 meses	<b>Se 6: Ir para D100</b>
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano	
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos	
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos	
		5. 3 anos ou mais atrás	
		6. Nunca recebeu	
<b>D94</b>	Na última vez que recebeu assistência de saúde para depressão, onde o(a) sr(a) foi atendido?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica)	
		2. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial	
		3. UPA (Unidade de pronto Atendimento)	
		4. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	
		5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	
		6. Ambulatório de hospital público	
		7. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato	
		8. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado	
	8. Outro ( <i>especifique</i> ): _____		
<b>D95</b>	O atendimento foi feito pelo SUS?	1. Sim	2. Não
<b>D96</b>	O(a) sr(a) pagou pelo atendimento?	1. Sim, pagou diretamente sem reembolso	
		2. Sim, mas teve reembolso total através do plano de saúde	
		3. Sim, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde	
		4. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço	
		5. Não, porque o atendimento foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG	
		6. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS	

<b>D97</b>	Em algum dos atendimentos para depressão, houve encaminhamento para alguma consulta com profissional especialista de saúde mental, como o psiquiatra ou psicólogo?	1. Sim	2. Não	<b>Se 2: Ir para D100</b>
<b>D98</b>	O(a) sr(a) conseguiu ir a todas as consultas com profissional especialista de saúde mental?	1. Sim	2. Não	<b>Se 1: Ir para D100</b>
<b>D99</b>	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter ido a todas as consultas com o profissional especialista de saúde mental?	1. A consulta está marcada, mas ainda não foi		
		2. Não conseguiu marcar		
		3. Não achou necessário		
		4. Não teve ânimo		
		5. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande		
		6. Não sabia quem procurar ou aonde ir		
		7. Estava com dificuldades financeiras		
		8. O plano de saúde não cobria a consulta		
		9. O serviço de saúde era muito distante		
		10. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas		
		11. Outro ( <i>especifique</i> ): _____		
<b>D100</b>	Em geral, em que grau a depressão limita as suas atividades habituais?	1. Não limita		
		2. Um pouco		
		3. Moderadamente		
		4. Intensamente		
		5. Muito intensamente		
<b>D101</b>	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de outra doença mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo)?	1. Sim, qual? _____ CID  __ __ __	2. Não	<b>Se 2: Ir para D107</b>
<b>D102</b>	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de doença mental?	_____ anos	0. Menos de um ano	
<b>D103</b>	O(a) sr(a) visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa dessa doença mental?	1. Não		<b>Se 3: Ir para D105</b>
		2. Não, só quando tenho algum problema		
		3. Sim		

<b>D104</b>	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente?	1. Não acha necessário	
		2. O serviço de saúde é muito distante	
		3. Acha que não vai ser bem recebido no serviço de saúde porque tem uma doença mental	
		4. Tem dificuldades financeiras	
		5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas	
		6. O plano de saúde não cobre as consultas regulares	
		7. Não sabe quem procurar ou aonde ir	
		8. Outro ( <i>especifique</i> ): _____	
<b>D105</b>	Quais tratamentos o(a) sr(a) faz atualmente por causa da doença mental?		
	a. Faz psicoterapia	1. Sim	2. Não
	b. Usa medicamentos ou injeções	1. Sim	2. Não
	c. Outro ( <i>especifique</i> ): _____		
<b>D106</b>	Em geral, em que grau essa doença mental limita as suas atividades habituais?	1. Não limita	
		2. Um pouco	
		3. Moderadamente	
		4. Intensamente	
		5. Muito intensamente	

As perguntas D107 a D115 são dirigidas apenas aos idosos (60 anos e mais). [Entrevistador: Se a idade do entrevistado for inferior a 60 anos, vá para D116]

<b>D107</b>	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma doença no pulmão, tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC(doença pulmonar obstrutiva crônica)?	1. Sim, qual? _____ CID  __ _ _ _ _	2. Não	<b>Se 2: Ir para D111</b>
<b>D108</b>	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico da doença no pulmão?	_____ anos	0. Menos de um ano	

<b>D109</b>	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da doença no pulmão?			
	a. Usa medicamentos (inaladores, aerossol ou comprimidos)	1. Sim	2. Não	
	b. Usa oxigênio	1. Sim	2. Não	
	c. Fisioterapia respiratória	1. Sim	2. Não	
	d. Outro ( <i>especifique</i> ): _____			
<b>D110</b>	Em geral, em que grau a doença do pulmão limita as suas atividades habituais?	1. Não limita		
		2. Um pouco		
		3. Moderadamente		
		4. Intensamente		
		5. Muito intensamente		
<b>D111</b>	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de osteoporose?	1. Sim	2. Não	<b>Se 2: Ir para D116</b>
<b>D112</b>	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de osteoporose?	_____ anos	0. Menos de um ano	
<b>D113</b>	O diagnóstico foi feito depois de uma fratura?	1. Sim	2. Não	
<b>D114</b>	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da osteoporose?			
	a. Exercícios ou fisioterapia	1. Sim	2. Não	
	b. Usa medicamentos ou injeções	1. Sim	2. Não	
	c. Outro ( <i>especifique</i> ): _____			
<b>D115</b>	Em geral, em que grau a osteoporose limita as suas atividades habituais?	1. Não limita		
		2. Um pouco		
		3. Moderadamente		
		4. Intensamente		
		5. Muito intensamente		
<b>D116</b>	Algum médico já lhe deu algum diagnóstico de outra doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração ( <i>de mais de 6 meses de duração</i> )?	1. Sim	2. Não	<b>Se 2: Ir para D118</b>

<b>D117</b>	O(a) sr(a) pode me dizer qual ou quais?	CID <i>[Preencha com o número da CID relativo à doença relatada]</i>	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico?	Em geral, em que grau esta doença limita suas atividades habituais? <b>1. Não limita</b> <b>2. Um pouco</b> <b>3. Moderadamente</b> <b>4. Intensamente</b> <b>5. Muito intensamente</b>
	a.	_____ _____ _____ _____	_____ anos	
	b.	_____ _____ _____ _____	_____ anos	
	c.	_____ _____ _____ _____	_____ anos	

<b>D118</b>	O(a) sr(a) tem alguma incapacidade ou deficiência física de longa duração ( <i>de mais de 6 meses de duração</i> )?	<b>1. Sim, especifique _____</b>	<b>2. Não</b>	<b>Se 2: Ir para D120</b>
<b>D119</b>	Em geral, em que grau essa incapacidade limita as suas atividades habituais?	<b>1. Não limita</b>		
		<b>2. Um pouco</b>		
		<b>3. Moderadamente</b>		
		<b>4. Intensamente</b>		
		<b>5. Muito intensamente</b>		

**Agora vamos falar sobre os medicamentos de uso contínuo.**

<b>D120</b>	Nos últimos 15 dias, o(a) sr(a) fez uso de algum medicamento para dormir?	<b>1. Sim</b>	<b>2. Não</b>	<b>Se 2: Ir para D123</b>
<b>D121</b>	Nos últimos 15 dias, por quantos dias usou o medicamento para dormir?	_____ dias ( <i>preencher de 1 a 15</i> )		
<b>D122</b>	O medicamento que o(a) sr(a) usa para dormir foi prescrito por médico?	<b>1. Sim</b>	<b>2. Não</b>	

[Entrevistador: Se o entrevistado não referiu nenhuma doença crônica ou infecciosa ou não usa medicamentos para nenhuma das doenças referidas, vá para o próximo módulo]

<b>D123</b>	Para algumas das doenças que o(a) sr(a) referiu, o(a) sr(a) utiliza medicamentos de uso contínuo? [Entrevistador: Verificar consistência com as questões sobre uso de medicamento. Se o entrevistado respondeu que usa medicamentos para algum dos problemas, ele deverá responder sim]	<b>1. Sim</b>	<b>2. Não</b>		<b>Se 2: Ir para D126</b>
<b>D124</b>	Todos os medicamentos de uso contínuo que o(a) sr(a) utiliza foram prescritos por médico?	<b>1. Sim, todos</b>	<b>2. Não, nem todos</b>	<b>3. Nenhum foi prescrito por médico</b>	
<b>D125</b>	Como o(a) sr(a) obtém os medicamentos de uso contínuo?				<b>No caso de um dos itens ser respondido com 1, não pergunte os próximos itens: Ir para D126</b>
	<b>a.</b> Gratuitamente em serviços públicos de saúde	<b>1. Todos</b>	<b>2. Alguns</b>	<b>3. Nenhum</b>	
	<b>b.</b> Compra no programa de farmácia popular	<b>1. Todos</b>	<b>2. Alguns</b>	<b>3. Nenhum</b>	
	<b>c.</b> Compra na farmácia	<b>1. Todos</b>	<b>2. Alguns</b>	<b>3. Nenhum</b>	
	<b>d.</b> São dados pelo médico	<b>1. Todos</b>	<b>2. Alguns</b>	<b>3. Nenhum</b>	
	<b>e.</b> São dados por amigos, vizinhos, parentes	<b>1. Todos</b>	<b>2. Alguns</b>	<b>3. Nenhum</b>	
<b>f.</b> Em entidades filantrópicas, igreja, ONG	<b>1. Todos</b>	<b>2. Alguns</b>	<b>3. Nenhum</b>		
<b>D126</b>	Para alguma das doenças que o(a) sr(a) referiu, quantas vezes foi atendido pelo mesmo profissional de saúde nos últimos 12 meses?	_____ vezes	<b>0. Nenhuma</b>		<b>Se 0: Ir para o próximo módulo</b>
<b>D127</b>	Na última consulta, o médico que lhe atendeu era o mesmo das consultas anteriores?	<b>1. Sim</b>	<b>2. Não</b>		
<b>D128</b>	O médico pediu para ver os exames das consultas passadas?	<b>1. Sim</b>	<b>2. Não</b>		

**Horário de Término** \_\_\_\_ \_\_\_\_ : \_\_\_\_ \_\_\_\_