

E. Acidentes e Violências

Horário de Início ____ : ____

Neste módulo, abordaremos questões sobre acidentes e violências nos últimos 12 meses. Primeiramente, vamos falar sobre uso de cinto de segurança e acidentes de trânsito

E1	Com que frequência o(a) sr(a) anda de carro/ automóvel, van ou táxi?	1. Sempre	Se 5: Ir para E4	
		2. Quase sempre		
		3. Às vezes		
		4. Raramente		
		5. Nunca		
E2	Com que frequência o(a) sr(a) usa cinto de segurança quando dirige ou anda como passageiro no banco da frente, de carro/ automóvel, van ou táxi?	1. Nunca anda no banco da frente		
		2. Sempre usa cinto		
		3. Quase sempre usa cinto		
		4. Às vezes usa cinto		
		5. Raramente usa cinto		
		6. Nunca usa cinto		
E3	Com que frequência o(a) sr(a) usa cinto de segurança quando anda como passageiro no banco de trás, de carro/ automóvel, van ou táxi?	1. Nunca anda no banco de trás		
		2. Sempre usa cinto		
		3. Quase sempre usa cinto		
		4. Às vezes usa cinto		
		5. Raramente usa cinto		
		6. Nunca usa cinto		
E4	Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) se envolveu em algum acidente de trânsito no qual tenha sofrido lesões corporais?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não	Se 2: Ir para E16
E5	Algum desses acidentes ocorreu quando você estava trabalhando, indo ou voltando do trabalho?	1. Sim	2. Não	

E6	No acidente de trânsito mais grave que sofreu nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) era:	1. Condutor(a) de carro/van		
		2. Condutor(a) de ônibus		
		3. Condutor(a) de motocicleta		
		4. Ciclista		
		5. Passageiro(a) de carro/van		
		6. Passageiro(a) de ônibus		
		7. Passageiro(a) de motocicleta		
		8. Passageiro(a) de bicicleta		
		9. Pedestre		
		10. Outro (<i>especifique</i>): _____		
E7	O(a) sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (<i>trabalhar, ir à escola, realizar atividades de rotina</i>) por causa deste acidente?	1. Sim	2. Não	
E8	Para este acidente, o(a) sr(a) recebeu algum tipo de assistência de saúde?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para E16
E9	Onde foi prestada a primeira assistência de saúde?	1. No local do acidente		Se 2 a 7: Ir para E14
		2. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica)		
		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		

E10	Quem lhe prestou atendimento no local do acidente?	1. Ambulância/ Resgate do SAMU	
		2. Ambulância/ Resgate dos Bombeiros	
		3. Motos do SAMU	
		4. Ambulância/ Resgate do setor Privado	
		5. Ambulância/ Resgate da Rodovia Concessionária	
E11	Quanto tempo, após o acidente, o(a) sr(a) recebeu o primeiro atendimento em saúde?	_____ minutos _____ horas	
E12	Como o(a) sr(a) avalia este atendimento?	1. Muito bom	
		2. Bom	
		3. Regular	
		4. Ruim	
		5. Muito ruim	
E13	O(a) sr(a) pagou pelo transporte de ambulância?	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 atendimento foi feito pelo SUS	
		5. Não, porque o atendimento foi feito pelo Corpo de Bombeiros	
		6. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço	
		7. Não, porque o transporte foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG	
E14	Por causa deste acidente de trânsito, precisou ser internado por 24 horas ou mais?	1. Sim	2. Não
E15	O(a) sr(a) teve ou tem alguma seqüela e/ou incapacidade decorrente deste acidente de trânsito?	1. Sim	2. Não

Agora vamos abordar todos os outros tipos de acidentes nos últimos 12 meses que não tenham sido acidentes de trânsito.

E16	Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) sofreu algum tipo de acidente no qual o(a) sr(a) tenha sofrido lesões corporais, que não tenha sido acidente de trânsito?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para E28
E17	Nos últimos 12 meses, qual foi o acidente mais grave que o(a) sr(a) sofreu?	1. Queda 2. Queimadura 3. Penetração de corpo estranho 4. Intoxicação/Envenenamento 5. Ferimento acidental por objeto pérfuro-cortante (faca, navalha, punhal, tesoura) 6. Ferimento acidental por arma de fogo 7. Acidente com animais 8. Queda acidental de objetos sobre a pessoa / Choque acidental contra objetos/pessoa 9. Entorse (torção) 10. Afogamento 11. Outro (<i>especifique</i>): _____		
E18	Onde ocorreu este acidente?	1. Domicílio 2. Trabalho 3. Escola 4. Local de prática esportiva ou clube 5. Bar ou similar 6. Via pública 7. Outro (<i>especifique</i>): _____		
E19	O(a) sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (<i>trabalhar, ir à escola, realizar atividades de rotina</i>) por causa deste acidente?	1. Sim	2. Não	
E20	Para este acidente, o(a) sr(a) recebeu algum tipo de assistência de saúde?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para E28

E21	Onde foi prestada a primeira assistência de saúde?	1. No local do acidente	Se 2 a 7: Ir para E26
		2. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica)	
		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	
E22	Quem lhe prestou atendimento no local do acidente?	1. Ambulância/ Resgate do SAMU	
		2. Ambulância/ Resgate dos Bombeiros	
		3. Motos do SAMU	
		4. Ambulância/ Resgate do setor Privado	
		5. Ambulância/ Resgate da Rodovia Concessionária	
E23	Quanto tempo, após o acidente, o(a) sr(a) o primeiro atendimento em saúde?	_____ minutos _____ horas	
E24	Como o(a) sr(a) avalia este atendimento?	1. Muito bom	
		2. Bom	
		3. Regular	
		4. Ruim	
		5. Muito ruim	

E25	O(a) sr(a) pagou pelo transporte de ambulância ou pelo atendimento no local do acidente?	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 atendimento foi feito pelo SUS	
		5. Não, porque o atendimento foi feito pelo Corpo de Bombeiros	
		6. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço	
		7. Não, porque o transporte foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG	
E26	Por causa deste acidente, precisou ser internado por 24 horas ou mais?	1. Sim	2. Não
E27	O(a) sr(a) teve ou tem alguma seqüela e/ou incapacidade decorrente deste acidente?	1. Sim	2. Não

Vamos falar agora sobre violências nos últimos 12 meses que resultaram em lesões corporais.

E28	Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) foi vítima de alguma forma de violência física/agressão que tenha resultado em lesões corporais?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para E38
E29	Qual foi o tipo de violência física/agressão mais grave que o(a) sr(a) sofreu nos últimos 12 meses?	1. Força corporal/spancamento 2. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola etc.) 3. Envenenamento 4. Objeto perfuro-cortante (faca, navalha, punhal, tesoura etc.) 5. Arremesso de substância/objeto quente sobre a pessoa 6. Lançamento de objetos sobre a pessoa 7. Outro (<i>especifique</i>): _____		

E30	Nesta ocorrência, quem lhe agrediu fisicamente?	1. Desconhecido(a)		
		2. Cônjuge, companheiro(a), namorado(a)		
		3. Ex-cônjuge, ex-companheiro(a), ex-namorado(a)		
		4. Pai/Mãe		
		5. Padrasto/Madrasta		
		6. Filho(a)		
		7. Irmão(ã)		
		8. Outro parente		
		9. Amigos(as)/conhecidos(as)		
		10. Patrão/chefe		
		11. Policial/agente da lei		
		12. Outro (<i>especifique</i>): _____		
E31	O(a) sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, realizar atividades de rotina) por causa desta agressão?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para o próximo módulo
E32	Por causa desta agressão, o sr(a) recebeu algum tipo de assistência de saúde?	1. Sim	2. Não	
E33	Onde foi prestada a primeira assistência de saúde?	1. No local da agressão		
		2. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica)		
		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		

E34	O atendimento foi feito pelo SUS?	1. Sim	2. Não
E35	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 atendimento foi feito pelo SUS	
		5. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço	
		6. Não, porque o atendimento foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG	
E36	Por causa desta agressão, precisou ser internado por 24 horas ou mais?	1. Sim	2. Não
E37	O(a) sr(a) teve ou tem alguma seqüela e/ou incapacidade decorrente desta agressão?	1. Sim	2. Não

Violência Sexual

E38	Alguma vez na vida, o(a) sr(a) foi fisicamente forçado(a) a manter algum tipo de prática sexual quando não queria ou foi vítima de alguma violência sexual?	1. Sim	2. Não	888. Não quis responder	Se 2 ou 888: Ir para o próximo módulo
E39	Nesta ocorrência, quem lhe forçou a manter algum tipo de prática sexual quando não queria?	1. Desconhecido(a) 2. Cônjuge, companheiro(a), namorado(a) 3. Ex-cônjuge, ex-companheiro(a), ex-namorado(a) 4. Pai/Mãe 5. Padrasto/Madrasta 6. Filho(a) 7. Irmão(ã) 8. Outro parente 9. Amigos(as)/conhecidos(as) 10. Patrão/chefe 11. Policial/agente da lei 12. Outro (especifique): _____			
E40	Por causa da violência sexual, o sr(a) recebeu algum tipo de assistência de saúde?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para E42	
E41	Onde foi prestada a primeira assistência de saúde?	1. No local da ocorrência 2. Serviço de referência em saúde para vítimas de violência sexual 3. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica) 4. UPA (Unidade de pronto Atendimento) 5. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas) 6. Pronto-socorro ou emergência de hospital público 7. Ambulatório de hospital público 8. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato 9. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado			

E42	O(a) sr(a) recebeu algum outro tipo de assistência após esta ocorrência?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para o próximo módulo											
E43	Onde o(a) sr(a) recebeu esta assistência?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1014 363 1946 427">1. Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) ou Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1014 427 1946 469">2. Centro de Referência da Mulher</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1014 469 1946 510">3. Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher (DEAM)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1014 510 1946 552">4. Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1014 552 1946 593">5. Outras delegacias</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1014 593 1946 635">6. Conselho Tutelar (crianças e adolescentes)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1014 635 1946 676">7. Vara da infância e Juventude</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1014 676 1946 718">8. Casa Abrigo</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1014 718 1946 759">9. Ministério Público</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1014 759 1946 801">10. Defensoria Pública</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1014 801 1946 855">8. Outro (especifique): _____</td> </tr> </table>			1. Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) ou Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS)	2. Centro de Referência da Mulher	3. Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher (DEAM)	4. Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente	5. Outras delegacias	6. Conselho Tutelar (crianças e adolescentes)	7. Vara da infância e Juventude	8. Casa Abrigo	9. Ministério Público	10. Defensoria Pública	8. Outro (especifique): _____
1. Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) ou Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS)															
2. Centro de Referência da Mulher															
3. Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher (DEAM)															
4. Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente															
5. Outras delegacias															
6. Conselho Tutelar (crianças e adolescentes)															
7. Vara da infância e Juventude															
8. Casa Abrigo															
9. Ministério Público															
10. Defensoria Pública															
8. Outro (especifique): _____															

Horário de Término ____ : ____