

## Módulo N. Percepção do estado de saúde

As perguntas deste módulo são sobre sua saúde em geral, tanto sobre sua saúde física como sua saúde mental.

**N1. Em geral, como o(a) sr(a) avalia a sua saúde?**

1. Muito boa
2. Boa
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim

**N001**

(siga N2)

Agora vamos falar sobre as dificuldades que o(a) sr(a) tem para se locomover:

**N2. O(A) sr(a) usa algum recurso como bengala, muleta, cadeira de rodas, andador ou outro equipamento para auxiliar a locomoção?**

1. Sim
2. Não

**N002**

(siga N3)

*Ao responder à próxima pergunta leve em conta o recurso que o(a) sr(a) usa para auxiliar a locomoção (se utilizar).*

**N3. Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para se locomover?**

**N003**

1. Nenhum
2. Leve
3. Médio
4. Intenso
5. Não consegue

(Se N3≠5, siga N4. Se N3=5, passe ao N10.)

Agora vamos perguntar sobre dor ou desconforto no peito:

**N4. Quando o(a) sr(a) sobe uma ladeira, um lance de escadas ou caminha rápido no plano, sente dor ou desconforto no peito?**

1. Sim
2. Não
3. Não se aplica

**N004**

(Se N004= 1 ou 2, siga N5. Se N004=3, N10.)

**N5. Quando o(a) sr(a) caminha em lugar plano, em velocidade normal, sente dor ou desconforto no peito?**

1. Sim **N005**
2. Não

**(Se N4 = 2 e N5 = 2, passe ao N10. Caso contrário, siga N6.)**

**N6. O que o(a) sr(a) faz se sente dor ou desconforto no peito?**

**N006**

1. Para ou diminui a velocidade
2. Continua após tomar um remédio que dissolve na boca para aliviar a dor
3. Continua caminhando

**(siga N7)**

**N7. Se o(a) sr(a) parar, o que acontece com a dor ou desconforto no peito?**

**N007**

1. É aliviada em 10 minutos ou menos
2. É aliviada em mais de 10 minutos
3. Não é aliviada

**(siga N8)**

**N8. O(A) sr(a) pode me mostrar onde o(a) sr(a) geralmente sente essa dor/desconforto no peito?**

1. Acima ou no meio do peito **N008**
2. Abaixo do peito
3. Braço esquerdo **N00801**
4. Outro (Especifique: \_\_\_\_\_)

**(siga N10)**

**N9. Excluir**

**Agora vamos falar sobre problemas que podem ter incomodado o(a) sr(a) nas duas últimas semanas.**

**N10. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume?**

1. Nenhum dia
2. Menos da metade dos dias
3. Mais da metade dos dias **N010**
4. Quase todos os dias

**(siga N11)**

**N11. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve problemas por não se sentir descansado(a) e disposto(a) durante o dia, sentindo-se cansado(a), sem ter energia?**

1. Nenhum dia
2. Menos da metade dos dias
3. Mais da metade dos dias
4. Quase todos os dias

**N011**

**(siga N12)**

**N12. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas?**

1. Nenhum dia
2. Menos da metade dos dias
3. Mais da metade dos dias
4. Quase todos os dias

**N012**

**(siga N13)**

**N13. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve problemas para se concentrar nas suas atividades habituais?**

1. Nenhum dia
2. Menos da metade dos dias
3. Mais da metade dos dias
4. Quase todos os dias

**N013**

**(siga N14)**

**N14. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume?**

1. Nenhum dia
2. Menos da metade dos dias
3. Mais da metade dos dias
4. Quase todos os dias

**N014**

**(siga N15)**

**N15. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve lentidão para se movimentar ou falar, ou ao contrário, ficou muito agitado(a) ou inquieto(a)?**

1. Nenhum dia
2. Menos da metade dos dias
3. Mais da metade dos dias
4. Quase todos os dias

**N015**

**(siga N16)**

**N16. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) se sentiu deprimido(a), “pra baixo” ou sem perspectiva?**

1. Nenhum dia
2. Menos da metade dos dias
3. Mais da metade dos dias
4. Quase todos os dias

**N016**

**(siga N17)**

**N17. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?**

1. Nenhum dia
2. Menos da metade dos dias
3. Mais da metade dos dias
4. Quase todos os dias

**N017**

**(siga N18)**

**N18. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou achou que seria melhor estar morto?**

1. Nenhum dia
2. Menos da metade dos dias
3. Mais da metade dos dias
4. Quase todos os dias

**N018**

**(siga N19)**

Agora vamos abordar problemas de audição e visão.

**N19. O(a) sr(a) faz uso de aparelho auditivo?**

1. Sim
2. Não

**N019**

**(siga N20)**

*Ao responder à próxima pergunta leve em conta o aparelho auditivo, se o sr(a) utilizar.*

**N20. Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para ouvir?**

1. Nenhum
2. Leve
3. Médio
4. Intenso
5. Não consegue

**N020**

**(siga N21)**

**N21. O(a) Sr(a) usa algum tipo de recurso (como óculos, lentes de contato, lupa, etc.) para auxiliar a enxergar?**

1. Sim
2. Não

**N021**

**(siga N22)**

*Ao responder às duas próximas perguntas leve em conta óculos ou lente de contato ou outro recurso que o(a) Sr(a) usa para auxiliar a enxergar, se utilizar.*

**N22. Em geral, que grau de dificuldade o(a) tem para ver de longe? (reconhecer uma pessoa conhecida do outro lado da rua a uma distância de mais ou menos 20 metros)**

1. Nenhum
2. Leve
3. Médio
4. Intenso
5. Não consegue

**N022**

**(siga N23)**

**N23. Em geral, que grau de dificuldade \_\_\_\_\_ tem para ver de perto? (reconhecer um objeto que esteja ao alcance das mãos ou ao ler)**

1. Nenhum
2. Leve
3. Médio
4. Intenso
5. Não consegue

**N023**

**(Encerre o módulo. Passe ao Módulo O.)**