

## Módulo O. Acidentes e Violências

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

**O1. O(A) sr(a) dirige carro?**

1. Sim
  2. Não
- (siga O2) O001

**O2. O(A) sr(a) dirige motocicleta?**

1. Sim
  2. Não
- (siga O3) O002

**O3. Com que frequência o(a) sr(a) anda de carro/automóvel, van ou táxi?**

1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Às vezes
  4. Raramente
  5. Nunca
- (Se O3=5, passe ao O6. Se O3= 1 a 4, siga O4.) O003

**O4. 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
- (siga O5) O004

**O5. Com que frequência o(a) sr(a) usa cinto de segurança quando anda 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
- (siga O6) O005

**O6. Com que frequência o(a) sr(a) anda de motocicleta?**

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Às vezes
4. Raramente
5. Nunca

**O006**

**(Se O6 = 1 a 4 e O2 = 1, siga O7.)**

**(Se O6 = 1 a 4 e O2 = 2, passe ao O8.)**

**(Se O6 = 5, passe ao O9.)**

**O7. Com que frequência o(a) sr(a) usa capacete quando dirige motocicleta?**

1. Sempre usa capacete
2. Quase sempre usa capacete
3. Às vezes usa capacete
4. Raramente usa capacete
5. Nunca usa capacete

**O007**

**(siga O8)**

**O8. Com que frequência o(a) sr(a) usa capacete quando anda como passageiro de motocicleta?**

1. Nunca anda como passageiro de motocicleta
2. Sempre usa capacete
3. Quase sempre usa capacete
4. Às vezes usa capacete
5. Raramente usa capacete
6. Nunca usa capacete

**O008**

**(siga O9)**

**O9. Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) se envolveu em algum acidente de trânsito no qual tenha sofrido lesões corporais (ferimentos)?**

**O00901**

**O009**

1. Sim 

--

 → **(siga O10)**  
**Quantos**

2. Não

**(Se O9=2, passe ao O21.)**

*(Se Sim: preencher com o número de acidentes de trânsito nos quais tenha sofrido lesões corporais nos últimos 12 meses)*

**O10. Algum desses acidentes de trânsito ocorreu quando o(a) sr(a) estava trabalhando, indo ou voltando do trabalho?**

**O010**

1. Sim, quando estava trabalhando
2. Sim, quando estava indo ou voltando do trabalho
3. Não

**(siga O11)**

**O11. Durante o acidente de trânsito mais grave ocorrido nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) era:**

01. Condutor(a) de carro/van
02. Condutor(a) de ônibus
03. Condutor (a) de caminhão
04. Condutor(a) de motocicleta
05. Condutor(a) de bicicleta
06. Passageiro(a) de carro/van
07. Passageiro(a) de ônibus
08. Passageiro (a) de caminhão
09. Passageiro(a) de motocicleta
10. Passageiro(a) de bicicleta

**O011**

11. Pedestre **O01101**
12. Outro (*Especifique: \_\_\_\_\_*)

**(siga O12)**

**O12. Para este acidente que o(a) sr(a) considerou mais grave, o acidente envolveu transporte de carga perigosa, como gasolina, diesel, álcool, ácidos ou produtos químicos em geral?**

1. Sim
2. Não

**O012**

**(Se O12 = 2, passe ao O14. Se O12 = 1, siga O13.)**

**O13. O acidente resultou em derramamento de carga?**

1. Sim
2. Não

**O013**

**(siga O14)**

**O14. Para este acidente que considerou mais grave, o(a) sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à escola etc.)?**

1. Sim
2. Não

**O014**

**(siga O15)**

**O15. Para este acidente que considerou mais grave, o(a) sr(a) recebeu algum tipo de assistência de saúde?**

**O015**

1. Sim
2. Não

**(Se O15 = 2, passe ao O21. Se O15 = 1, siga O16.)**

**O16. Onde o(a) sr(a) recebeu a primeira assistência de saúde?**

**O016**

01. No local do acidente
02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
03. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
07. Hospital público/ambulatório
08. Consultório particular ou clínica privada
09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
11. No domicílio, com médico particular
12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família

**O01601**

13. Outro (*Especifique:* \_\_\_\_\_)

**(Se O16 = 02 ao 14, passe ao O19. Se O16 = 01, siga O17.)**

**O17. 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 (particular ou convênio)
5. Ambulância/ Resgate da concessionária da rodovia

**O017**

6. Outro (*Especifique* \_\_\_\_\_)

**O01701**

**(siga O18)**

**O18. Em quanto tempo, após o acidente, o(a) sr(a) recebeu o primeiro atendimento de saúde?**

**O01801    O01802**

--	--	--	--

**Horas    Minutos**

**(siga O19)**

**O19. Por causa deste acidente de trânsito, o(a) sr(a) precisou ser internado por 24 horas ou mais?**

1. Sim
  2. Não
- (siga O20)

O019

O20. O sr(a) teve ou tem alguma seqüela e/ou incapacidade decorrente deste acidente de trânsito?

1. Sim
  2. Não
- (siga O21)

O020

Agora vamos perguntar sobre acidentes de trabalho.

O21. Nos últimos 12 meses o(a) sr(a) se envolveu em algum acidente de trabalho (sem considerar os acidentes de trânsito)?

O02101

O021

1. Sim

Quantos

2. Não
3. Não se aplica

(Se O21=2 ou 3, passe ao O25. Se O21=1, siga O22.)

O22. Para o acidente de trabalho que considerou mais grave, o(a) sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à escola, etc.)?

1. Sim
  2. Não
- (siga O23)

O022

O23. Por causa deste acidente de trabalho, o(a) sr(a) precisou ser internado por 24 horas ou mais?

O023

1. Sim
  2. Não
- (siga O24)

**O24. O(A) sr(a) teve ou tem alguma sequela e/ou incapacidade decorrente deste acidente de trabalho?**

1. Sim

2. Não

(siga O25)

**O024**

**Agora vamos perguntar sobre violências e agressões.**

**O25. Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) sofreu alguma violência ou agressão de pessoa desconhecida (como bandido, policial, assaltante etc.)?**

1. Sim

2. Não

(Se O25 = 2, passe ao O37. Se O25 = 1, siga ao O26.)

**O025**

**O26. Nos últimos 12 meses, quantas vezes sofreu alguma violência de pessoa desconhecida?**

**O026**

1. Uma vez

2. Duas vezes

3. De três a seis vezes

4. De sete a menos de 12 vezes

5. Pelo menos uma vez por mês

6. Pelo menos uma vez por semana

7. Quase diariamente

(siga O27)

**O27. Pensando na violência mais grave que o(a) sr(a) sofreu de pessoa desconhecida nos últimos 12 meses, que tipo de violência o(a) sr(a) sofreu?**

**O027**

1. Física

2. Sexual

3. Psicológica

**O02701**

4. Outro (Especifique: \_\_\_\_\_)

(siga O28)

**O28. Pensando na violência mais grave que o(a) sr(a) sofreu de pessoa desconhecida nos últimos 12 meses, como o(a) sr(a) foi ameaçado(a) ou ferido(a)?**

**O028**

1. Com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)

2. Com objeto perfuro-cortante (faca, navalha, punhal, tesoura)

3. Com objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra)

4. Com força corporal, espancamento (tapa, murro, empurrão)

5. Por meio de palavras ofensivas, xingamentos ou palavrões

**O02801**

6. Outro (Especifique: \_\_\_\_\_)

**(siga O29)**

**O29. Onde ocorreu essa violência?**

1. Residência
2. Trabalho **O029**
3. Escola/Faculdade ou similar
4. Bar ou similar
5. Via pública
6. Banco/Caixa eletrônico/Lotérica **O02901**
7. Outro (*Especifique:* \_\_\_\_\_)

**(siga O30)**

**O30. Nesta ocorrência, a violência foi cometida por:**

1. Bandido, ladrão ou assaltante **O030**
2. Agente legal público (policial/agente da lei) **O03001**
3. Outro (*Especifique:* \_\_\_\_\_)

**(siga O31)**

**O31. Por causa dessa violência, o(a) sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à escola etc.)?**

1. Sim
2. Não **O031**

**(siga O32)**

**O32. O(A) sr(a) teve alguma lesão corporal ou ferimento provocado por essa violência?**

1. Sim
2. Não **O032**

**(siga O33)**

**O33. Por causa desta violência, o(a) sr(a) recebeu algum tipo de assistência de saúde?**

1. Sim
2. Não **O033**

**(Se O33 = 2, passe ao O37. Se O33 = 1, siga O34.)**

**O34. Onde foi prestada a primeira assistência de saúde?**

01. No local da violência
02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
03. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público

- 07. Hospital público/ambulatório
- 08. Consultório particular ou clínica privada **O034**
- 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
- 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
- 11. No domicílio, com médico particular
- 12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família
- 13. Outro (*Especifique:* \_\_\_\_\_) **O03401**  
**(siga O35)**

**O35. Por causa desta violência, o(a) sr(a) precisou ser internado por 24 horas ou mais?**

- 1. Sim **O035**
  - 2. Não
- (siga O36)**

**O36. O(A) sr(a) teve ou tem alguma sequela e/ou incapacidade decorrente desta violência?**

- 1. Sim
  - 2. Não **O036**
- (siga O37)**

**O37. Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) sofreu alguma violência ou agressão de pessoa conhecida (como pai, mãe, filho(a), cônjuge, parceiro(a), namorado(a), amigo(a), vizinho(a))?**

- 1. Sim **O037**
  - 2. Não
- (Se O37 = 2, passe ao Módulo P. Se O37 = 1, siga ao O38.)**

**O38. Nos últimos 12 meses, com que frequência sofreu alguma violência de pessoa conhecida?**

- 8. Uma vez
  - 9. Duas vezes
  - 10. De três a seis vezes **O038**
  - 11. De sete a menos de 12 vezes
  - 12. Pelo menos uma vez por mês
  - 13. Pelo menos uma vez por semana
  - 14. Quase diariamente
- (siga O39)**

**O39. Pensando na violência mais grave que o(a) sr(a) sofreu de pessoa conhecida nos últimos 12 meses, que tipo de violência o(a) sr(a) sofreu?**

- 1. Física **O039**
  - 2. Sexual
  - 3. Psicológica **O03901**
  - 4. Outra (*Especifique* \_\_\_\_\_)
- (siga O40)**



**O40. Pensando na violência mais grave que o(a) sr(a) sofreu de pessoa conhecida nos últimos 12 meses, como o(a) sr(a) foi ameaçado(a) ou ferido(a)?**

1. Com força corporal/spancamento (tapa, murro, beliscão, empurrão)
2. Com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)
3. Com objeto perfuro-cortante (faca, navalha, punhal, tesoura)
4. Com objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra)
5. Com arremesso de substância/objeto quente
6. Com lançamento de objetos
7. Com envenenamento
8. Por meio de palavras ofensivas, xingamentos ou palavrões

**O040**

9. Outro (*Especifique:* \_\_\_\_\_ **O04001** \_\_\_\_\_)  
**(siga O41)**

**O41. Onde ocorreu esta violência?**

1. Residência
2. Trabalho
3. Escola / Faculdade ou similar
4. Bar ou similar
5. Via pública
6. Outro (*Especifique:* \_\_\_\_\_)

**O041**

**O04101**

**(siga O42)**

**O42. Nesta ocorrência, a violência foi cometida por:**

01. Cônjuge, companheiro(a), namorado(a)
02. Ex-cônjuge, ex-companheiro(a), ex-namorado(a)
03. Pai/Mãe
04. Padrasto/Madrasta
05. Filho(a)
06. Irmão(ã)
07. Outro parente
08. Amigos(as)/colegas
09. Patrão/chefe
10. Outra pessoa conhecida (*Especifique:* \_\_\_\_\_)

**O042**

**O04201**

**(siga O43)**

**O43. Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à escola etc.) por causa desta violência?**

1. Sim
2. Não

**O043**

**(siga O44)**

**O44. O(A) sr(a) teve alguma lesão corporal ou ferimento provocado por essa violência?**

1. Sim

2. Não

**(siga O45)**

**O044**

**O45. Por causa desta violência, o(a) sr(a) buscou algum tipo de assistência de saúde?**

1. Sim

2. Não

**(Se O45 = 2, passe ao Módulo P. Se O45 = 1, siga O46.)**

**O045**

**O46. Onde foi prestada a assistência de saúde?**

01. No local da agressão

02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)

03. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica

04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)

05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)

06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público

07. Hospital público/ambulatório

08. Consultório particular ou clínica privada

09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato

10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado

11. No domicílio, com médico particular

12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família

13. Outro (*Especifique:* \_\_\_\_\_)

**(siga O47)**

**O04601**

**O046**

**O47. Por causa desta violência, o(a) sr(a) precisou ser internado por 24 horas ou mais?**

1. Sim

2. Não

**(siga O48)**

**O047**

**O48. O(a) sr(a) teve ou tem alguma sequela e/ou incapacidade decorrente desta violência?**

1. Sim

2. Não

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

**O048**