

Módulo A - Informações do Domicílio

<p>A1. Este domicílio é do tipo:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Casa A001</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Apartamento</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Habitação em casa de cômodos, cortiço ou cabeça de porco</p> <p>(siga A2a)</p>		<p>A2a. Qual é o material que predomina na construção das paredes externas deste domicílio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Alvenaria com revestimento ou taipa revestida</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Alvenaria sem revestimento</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Taipa sem revestimento</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Madeira apropriada para construção (aparelhada) A002010</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Madeira aproveitada</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Outro material:</p> <p>(siga A3a)</p>	
<p>A3a. Qual é o material que predomina na cobertura (telhado) deste domicílio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Telha sem laje de concreto</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Telha com laje de concreto</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Somente laje de concreto</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Madeira apropriada para construção (aparelhada)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Zinco, alumínio ou chapa metálica</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Outro material</p> <p>A003010</p> <p>(siga A4a)</p>		<p>A4a. Qual é o material que predomina no piso deste domicílio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Cerâmica, lajota ou pedra (inclusive outros pisos frios como porcelanato e granito)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Madeira apropriada para construção (aparelhada) (tábua corrida, taco, parquet e laminado)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Cimento A004010</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Terra</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outro material</p> <p>(siga A10a)</p>	
<p>A10a. Quantos cômodos têm este domicílio?</p> <p>A01001</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>cômodos</p> <p>(siga A11)</p>	<p>A11. Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio?</p> <p>A011</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>cômodos</p> <p>(siga A5a)</p>	<p>A5a. Qual é a principal forma de abastecimento de água deste domicílio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Rede geral de distribuição</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Poço profundo ou artesiano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Poço raso, freático ou cacimba</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Fonte ou nascente</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Água da chuva armazenada</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Outra</p> <p>A005010</p> <p>(Se A5a = 1, passe A6a, caso contrário, siga A5b.)</p>	
<p>A5b. Este domicílio está ligado à rede geral de distribuição de água?</p> <p>A005012</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga A6a)</p>	<p>A6a. A água utilizada neste domicílio chega:</p> <p>A00601</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Canalizada em pelo menos um cômodo</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Canalizada só no terreno ou propriedade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não canalizada</p> <p>(siga A9a)</p>	<p>A9a. A água utilizada para beber neste domicílio é:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Filtrada A009010</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Fervida</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tratada com hipoclorito de sódio (cloro)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Tratada de outra forma no domicílio</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Mineral industrializada</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Sem tratamento no domicílio</p> <p>(siga A14a)</p>	
<p>A14a. Quantos banheiros (com chuveiro e vaso sanitário) de uso exclusivo dos moradores existem neste domicílio, inclusive os localizados no terreno ou propriedade?</p> <p>A01401</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>banheiros</p> <p>(Se A14a= 0, siga A14b. Caso contrário, passe A15a.)</p>	<p>A14b. Quantos banheiros (com chuveiro e vaso sanitário) de uso comum a mais de um domicílio, existem neste terreno ou propriedade?</p> <p>A01402</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>banheiros</p> <p>(Se A14b= 0, siga A14c. Caso contrário, passe A15a.)</p>	<p>A14c. Utiliza sanitário ou buraco para dejeções, inclusive os localizados no terreno ou na propriedade (cercado por paredes de qualquer material) A01403</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se A14c = 1, siga A15a. Se A14c = 2, passe A16a.)</p>	
<p>A15a. Se A14a>0 ou A14b>0: Para onde vai o esgoto do banheiro? OU Se A14a = 0 e A14b = 0 e A14c = 1: Para onde vai o esgoto do sanitário ou do buraco de dejeções?</p> <p>A01501</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Rede geral de esgoto ou pluvial</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Fossa séptica ligada à rede</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Fossa séptica não ligada à rede</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Fossa rudimentar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Vala</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Rio, lago, córrego ou mar.</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Outra</p> <p>(siga A16a)</p>			
<p>A16a. Qual o (principal) destino dado ao lixo? A016010</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Coletado <u>diretamente</u> por serviço de limpeza (independente da frequência de dias de coleta)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Coletado em caçamba de serviço de limpeza</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Queimado (na propriedade)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Enterrado (na propriedade)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Jogado em terreno baldio ou logradouro</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Outro</p> <p>(siga A18a)</p>			

A18a. Neste domicílio existe:

1. Televisão em cores? A018011 A018012 <input type="text"/> <input type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga A018013)	6. Forno micro-ondas A018021 A018022 <input type="text"/> <input type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga A018023)
2. Geladeira? A018013 A018014 <input type="text"/> <input type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga A018015)	7. Computador (considere inclusive os portáteis, tais como: laptop, notebook ou netbook)? A018023 A018024 <input type="text"/> <input type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga A018025)
3. Máquina de lavar roupa? A018015 A018016 <input type="text"/> <input type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga A018017)	8. Motocicleta? A018025 A018026 <input type="text"/> <input type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga A018027)
4. Telefone fixo convencional? A018017 A018018 <input type="text"/> <input type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga A018019)	9. Automóvel? A018027 A018028 <input type="text"/> <input type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga A19a)
5. Telefone móvel celular? A018019 A018020 <input type="text"/> <input type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga A018021)	

A19a. Algum morador tem acesso à Internet no domicílio por meio de computador, tablet, telefone móvel celular, televisão ou outro equipamento? <input type="checkbox"/> 1. Sim A01901 <input type="checkbox"/> 2. Não (siga A21a)	A21a. No seu domicílio, há trabalhador (as) doméstico(as) que trabalham em seu domicílio três vezes ou mais por semana (empregada doméstica, babá, cuidador etc.)? A02101 <input type="text"/> <input type="text"/> A02102 <input type="checkbox"/> 1. Sim Quantos? <input type="text"/> <input type="text"/> Empregados (as) domésticos (as) <input type="checkbox"/> 2. Não (siga A22a)	A22a. Em seu domicílio, há algum animal de estimação? A02201 <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (Se A22a = 2, passe Módulo B. Se A22a = 1, siga A23a)
---	--	---

A23a. Quantos destes animais são:

1. gatos A02305 <input type="text"/> <input type="text"/> 0. Nenhum (siga A02306)	3. aves A02307 <input type="text"/> <input type="text"/> 0. Nenhum (siga A02308)
2. cachorros A02306 <input type="text"/> <input type="text"/> 0. Nenhum (siga A02307)	4. peixes A02308 <input type="text"/> <input type="text"/> 0. Nenhum

(Se A02305>0, siga A24a. Se A02305 = ignorado e A02306>0, passe A24b. Se A02305 = 0 e A02306>0, passe A24b. Se A02305 = 0 e A02306 = ignorado, encerre o Módulo A. Caso contrário, encerre o Módulo A e passe Módulo B.)

A24a. Nos últimos 12 meses, quantos gatos foram vacinados contra raiva? **A02401**

0. Nenhum

Gatos

(Se A02306>0, siga A24b. Se A02306 = ignorado, encerre o Módulo A. Caso contrário, encerre o Módulo A e passe Módulo B.)

A24b. Nos últimos 12 meses, quantos cachorros foram vacinados contra raiva? **A02402**

0. Nenhum

Cachorros

(passe Módulo B.)

Módulo B - Visitas domiciliares de Equipe de Saúde da Família e Agentes de Endemias

B1. O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família? B001 <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga B2) <input type="checkbox"/> 3. Não sabe (passe B4) <input type="checkbox"/> 2. Não (passe B4)	B2. Quando o seu domicílio foi cadastrado? B002 <input type="checkbox"/> 1. Há menos de 2 meses <input type="checkbox"/> 3. De 6 meses a menos de um ano <input type="checkbox"/> 2. De 2 a menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 4. Há um ano ou mais (siga B3)
B3. Nos últimos doze meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum Agente Comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família? B003 <input type="checkbox"/> 1. Mensalmente <input type="checkbox"/> 4. Uma vez <input type="checkbox"/> 2. A cada 2 meses <input type="checkbox"/> 5. Nunca recebeu <input type="checkbox"/> 3. De 2 a 4 vezes (siga B4)	B4. Nos últimos doze meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum agente de endemias (como a dengue, por exemplo)? B004 <input type="checkbox"/> 1. Mensalmente <input type="checkbox"/> 4. Uma vez <input type="checkbox"/> 2. A cada 2 meses <input type="checkbox"/> 5. Nunca recebeu <input type="checkbox"/> 3. De 2 a 4 vezes (passe Módulo C.)

Para moradores de 10 anos ou mais de idade - Nupcialidade

<p>C10a. ___ tem cônjuge ou companheiro(a) que mora neste domicílio? C01001</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim Quem é? <input type="text"/> <input type="text"/> C010010 (passe C14)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (siga C13)</p>	<p>C13. ___ tem cônjuge ou companheiro (a) que mora em outro domicílio? C013</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga C14)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (passe C17)</p>	<p>C14. Qual é a natureza dessa união? C014</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Casamento civil (passe C16)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. União estável (convivência) (siga C15)</p>
<p>C15. Esta união é registrada em cartório? C015</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (siga C16)</p>	<p>C16. Foi realizada cerimônia religiosa para esta união? C016</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (passe C18)</p>	<p>C17. ___ já viveu com cônjuge ou companheiro(a) antes? C017</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga C18)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (passe C12)</p>
<p>C18. Que idade ___ tinha quando começou a viver com seu(sua) primeiro(a)/único(a) marido(mulher) ou companheiro (a)? C01801 C018</p> <p><input type="checkbox"/> 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C01801 C018 (Idade)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não sabe / não lembra (siga C11)</p>	<p>C11. Qual é o estado civil de ___? C011</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Casado(a) <input type="checkbox"/> 3. Viúvo (a)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Divorciado(a) ou desquitado(a) ou separado(a) judicialmente <input type="checkbox"/> 4. Solteiro (a)</p> <p align="right">(siga C12)</p>	

Para todos os moradores

<p>C12. O informante desta parte foi: C012</p> <p><input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa <input type="checkbox"/> 2. Outro morador <input type="checkbox"/> 3. Não morador</p> <p align="center">(Se idade >= 5, siga D1, caso contrário, passe D2a.)</p>

Módulo D - Características de educação dos moradores

<p>D1. ___ sabe ler e escrever? D001</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (siga D2a)</p>	<p>D2a. ___ frequenta escola ou creche? (Para C8<6) ou ___ frequenta escola? (Escola incluiu desde a pré-escola até o doutorado)? (Para C8>=6) D00201</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga D2b)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (passe D8)</p>	<p>D2b. A escola que frequenta é da: D00202</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Rede privada</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Rede pública (siga D3a)</p>
<p>D3a. Qual é o curso que ___ frequenta? D00301</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Creche <input type="checkbox"/> 5. Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino fundamental <input type="checkbox"/> 9. Especialização de nível superior (duração mínima de 360 horas)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Pré-escola <input type="checkbox"/> 6. Regular do ensino médio <input type="checkbox"/> 10. Mestrado</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Alfabetização de jovens e adultos <input type="checkbox"/> 7. Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino médio <input type="checkbox"/> 11. Doutorado</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Regular do ensino fundamental <input type="checkbox"/> 8. Superior - graduação</p> <p align="center">(Se D3a = 1 a 3 ou 9 a 11, passe D15. Se D3a = 4 ao 7, passe D6. Se D3a = 8, passe D5a.)</p>		
<p>D5a. Esse curso que ___ frequenta é dividido em: D00501</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Períodos semestrais</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Anos</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Outra forma (siga D6)</p>	<p>D6. Se (D3a = 4) ou (D3a = 8 e D5a = 2 ou 3) Qual é o ano que ___ frequenta? D006 Se D3a = 8 e D5a = 1: Qual é o semestre que ___ frequenta? Para os demais casos: Qual é a série que ___ frequenta?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Primeira(o) <input type="checkbox"/> 4. Quarta(o) <input type="checkbox"/> 7. Sétima(o) <input type="checkbox"/> 10. Décimo <input type="checkbox"/> 13. Curso não classificado em séries ou anos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Segunda(o) <input type="checkbox"/> 5. Quinta(o) <input type="checkbox"/> 8. Oitava(o) <input type="checkbox"/> 11. Décimo primeiro</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Terceira(o) <input type="checkbox"/> 6. Sexta(o) <input type="checkbox"/> 9. Nona(o) <input type="checkbox"/> 12. Décimo segundo</p> <p align="center">(Se D3a = 8 (Superior - graduação), siga D7. Se D3a = 4 ou 5 e D6 = 13, siga D6a. Caso contrário, passe D15)</p>	

<p>D6a. Qual é a etapa do ensino fundamental que ____ frequentou? (Anos iniciais – do 1º ao 5º ano do ensino fundamental) (Anos finais – do 6º ao 9º ano do ensino fundamental)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Anos iniciais (1º segmento) D00601</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Anos finais (2º segmento) (passe D15)</p>	<p>D7. ____ já concluiu algum outro curso superior de graduação?</p> <p>D007</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (passe D11a)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (passe D15)</p>	<p>D8. Anteriormente ____ frequentou escola ou creche? (Escola incluiu desde a pré-escola até o doutorado)</p> <p>D008</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga D9a)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (passe D15)</p>
---	--	--

<p>D9a. Qual foi o curso mais elevado que ____ frequentou? D00901</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Creche</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Pré-escola</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Classe de alfabetização - CA</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Alfabetização de jovens e adultos</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Antigo primário (elementar)</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Antigo ginásial (médio 1º ciclo)</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Regular do ensino fundamental ou do 1º grau</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino fundamental ou supletivo do 1º grau</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Antigo científico, clássico etc. (médio 2º ciclo)</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Regular do ensino médio ou do 2º grau</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino médio ou supletivo do 2º grau</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Superior - graduação</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Especialização de nível superior (duração mínima de 360 horas)</p> <p><input type="checkbox"/> 14. Mestrado</p> <p><input type="checkbox"/> 15. Doutorado</p> <p>(Se D9a = 1 ou 2, passe D15. Se D9a = 3, 4, 13 ao 15, passe D14. Se D9a = 5 a 6, 8 ao 11, passe D12a. Se D9a = 7, siga D10. Se D9a = 12, passe D11a.)</p>		
---	--	--

<p>D10. A duração deste curso que ____ frequentou anteriormente era de: D010</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 8 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 9 anos (siga D12a)</p>	<p>D11a. Este curso que ____ frequentou anteriormente era dividido em: D01101</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Períodos semestrais</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Anos</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Outra forma</p> <p>(Se D7 = 1, passe D13a. Caso contrário, siga D12a)</p>
---	--

<p>D12a. Se (D9a = 7 e D10 = 2) OU (D9a = 12 e D11a = 2 ou 3) ____ concluiu, com aprovação, pelo menos o primeiro ano deste curso que frequentou? D01201</p> <p>Se (D9a = 12 e D11a = 1) ____ concluiu, com aprovação, pelo menos o primeiro semestre deste curso que frequentou?</p> <p>Para os demais casos: ____ concluiu, com aprovação, pelo menos a primeira série deste curso que frequentou?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga D13a)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (passe D15)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Curso não classificado em séries ou anos (Se D9a = 7 ou 8, passe D13b. Caso contrário passe D14).</p>		
--	--	--

<p>D13a. D01301</p> <p>Se (D7 = 1 e D11a = 2 ou 3) ou (D9a = 7 e D10 = 2) ou (D9a = 12 e D11a = 2 ou 3) Qual foi o último ano que ____ concluiu, com aprovação, neste curso que frequentou? OU Se (D7 = 1 e D11a = 1) ou (9a = 12 e D11a = 1) Qual foi o último semestre que ____ concluiu, com aprovação, neste curso que frequentou? Para os demais casos: Qual foi a última série que ____ concluiu, com aprovação, neste curso que frequentou?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Primeira(o)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Segunda(o)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Terceira(o)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Quarta(o)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Quinta(o)</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Sexta(o)</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Sétima(o)</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Oitava(o)</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Nona(o)</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Décimo(o)</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Décimo primeiro(o)</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Décimo segundo(o)</p> <p>(Se D7 = 1, passe D15. Caso contrário, siga D14)</p>			
---	--	--	--

<p>D13b. Qual foi a etapa do ensino fundamental que ____ frequentou? (Anos iniciais – da 1ª a 4ª série do ensino fundamental de 8 anos ou do 1º ao 5º ano do ensino fundamental de 9 anos) (Anos finais – da 5ª a 8ª série do ensino fundamental de 8 anos ou do 6º ao 9º ano do ensino fundamental de 9 anos)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Anos iniciais (1º segmento) (siga D13c)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Anos finais (2º segmento) (passe D14)</p> <p>D01302</p>	<p>D13c. ____ concluiu os anos iniciais deste curso que frequentou? D01303</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(passe D15 e impute 2 na D14.)</p>	<p>D14. ____ concluiu este curso que frequentou? D014</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga D15)</p>
---	---	--

<p>D15. O informante desta parte foi: D015</p> <p><input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Outro morador</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não morador</p> <p>(Passe Módulo E.)</p>		
--	--	--

Módulo E – Características de trabalho das pessoas 14 anos ou mais de idade

Ocupação

<p>E1. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), ___ trabalhou ou estagiou, durante pelo menos uma hora, em alguma atividade remunerada em dinheiro?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (passe E11) E001 <input type="checkbox"/> 2. Não (siga E2)</p>	<p>E2. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), ___ trabalhou ou estagiou, durante pelo menos uma hora, em alguma atividade remunerada em produtos, mercadorias, moradia, alimentação, treinamento ou aprendizado etc.?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (passe E11) E002 <input type="checkbox"/> 2. Não (siga E3)</p>
<p>E3. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), ___ fez algum bico ou trabalhou em alguma atividade ocasional remunerada durante pelo menos 1 hora?</p> <p><i>(EXEMPLOS: Na semana de referência a pessoa pode ter preparado doces ou salgadinhos para fora, vendido cosméticos, prestado algum tipo de serviço etc.)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (passe E11) E003 <input type="checkbox"/> 2. Não (siga E4)</p>	<p>E4. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), ___ ajudou durante pelo menos uma hora, sem receber pagamento, no trabalho remunerado de algum morador do domicílio ou de parente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (passe E11) E004 <input type="checkbox"/> 2. Não (siga E5)</p>
<p>E5. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), ___ tinha algum trabalho remunerado do qual estava temporariamente afastado?</p> <p><i>(ATENÇÃO: Trabalho remunerado é aquele pelo qual a pessoa recebia dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios, tais como moradia, alimentação, experiência profissional etc.)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga E6a) E005</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (passe E22)</p>	<p>E6a. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), porque motivo ___ estava afastado desse trabalho?</p> <p>E006011</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Férias, folga ou jornada de trabalho variável</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Licença maternidade ou paternidade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Licença remunerada por motivo de saúde ou acidente da própria pessoa</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Outro tipo de licença remunerada (estudo, casamento, licença prêmio etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Afastamento do próprio negócio/empresa por motivo de gestação, doença, acidente etc., sem ser remunerado por instituto de previdência</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Fatores ocasionais (mau tempo, paralisação Nos serviços de transporte etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Outro motivo</p> <p>(Se E6a = 1, 2 ou 4, passe E11. Se E6a = 3, siga E8. Se E6a = 5 a 7, passe E10a.)</p>
<p>E8. A doença ou acidente foi relacionado ao trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim E008</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (passe E11)</p>	<p>E10a. Em 27 de julho de 2019 (último dia da semana de referência), fazia quanto tempo que ___ estava afastado desse trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 mês E010010</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De 1 mês a menos de 1 ano [] meses E010011</p> <p><input type="checkbox"/> 3. De 1 ano a menos de 2 anos (1 ano e [] meses) E010012</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 2 anos ou mais [] anos E010013</p> <p>(Se E10a = 1 ou (E10a = 2 e E010011 = 1 ao 3), siga E11. Caso contrário, passe E22.)</p>

Pessoas ocupadas

<p>E11. Quantos trabalhos ___ tinha na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um <input type="checkbox"/> 2. Dois <input type="checkbox"/> 3. Três ou mais</p> <p>E011</p> <p>(Se E11 = 1, siga para E12. Se E11 = 2 ou 3, leia o texto abaixo e siga E12.)</p>

As próximas perguntas são referentes ao trabalho principal.

Critério para definir trabalho principal:

- . normalmente trabalhava o maior número de horas.
- . recebia normalmente maior rendimento mensal.
- . trabalhava há mais tempo, contando até o dia 27 de julho de 2019 (último dia da semana de referência).

Trabalho principal

<p>E12. Qual era a ocupação (cargo ou função) que ___ tinha nesse trabalho?</p> <p>E01201</p> <p>[][][][]</p> <p>Código (siga E14a)</p>
--

Pessoas não ocupadas - Procura de trabalho

E25. Até o dia 27 de julho de 2019 (último dia da semana de referência), fazia quanto tempo que ___ estava sem qualquer trabalho e tentando conseguir trabalho?

ATENÇÃO: O tempo de procura deve ser contínuo. Se a pessoa teve qualquer trabalho ou parou de procurar por 2 semanas ou mais, comece a contar a partir da data que reiniciou a procura.

1. Menos de 1 mês

E025

3. De 1 ano a menos de 2 anos (1 ano e meses)

E02502

2. De 1 mês a menos de 1 ano meses

E02501

4. 2 anos ou mais anos)

E02503

(siga E26)

E26. Se tivesse conseguido um trabalho ___ poderia ter começado a trabalhar na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência)?

1. Sim

E026

2. Não

(siga E26a)

E26a. No período de 28 de julho de 2018 a 20 de julho de 2019 (período de referência 358 dias), ___ trabalhou, por pelo menos 1 hora??

1. Sim

E02601

2. Não

(siga E28)

Outras formas de trabalho

Cuidado de pessoas

E28. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), ___ realizou tarefas de cuidados de moradores deste domicílio que eram crianças, idosos, enfermos ou pessoas com necessidades especiais, tais como:

1. Auxiliar nos cuidados pessoais (alimentar, vestir, pentear, dar remédio, dar banho, colocar para dormir)? E02801

1. Sim

2. Não

(siga E02802)

2. Auxiliar em atividades educacionais? E02802

1. Sim

2. Não

(siga E02803)

3. Ler, jogar ou brincar? E02803

1. Sim

2. Não

(siga E02804)

4. Monitorar ou fazer companhia dentro do domicílio? E02804

1. Sim

2. Não

(siga E02805)

5. Transportar ou acompanhar para escola, médico, exames, parque, praça, atividades sociais, culturais, esportivas ou religiosas? E02805

1. Sim

2. Não

(siga E02806)

6. Outras tarefas de cuidados de moradores do domicílio? E02806

1. Sim

2. Não

(Se E02801 ou E02802 ou E02803 ou E02804 ou E02805 ou E02806 = 1, siga E29. Caso contrário, passe ao E30)

CAMPO DE OBSERVAÇÃO

E30. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), ___ cuidou de parentes que não moravam neste domicílio e que precisavam de cuidados (crianças, idosos, enfermos ou pessoas com necessidades especiais)?

1. Sim

E030

2. Não

(siga E31)

Afazeres domésticos

E31. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), ___ fez tarefas domésticas para o próprio domicílio, tais como:

a. Preparar ou servir alimentos, arrumar a mesa ou lavar as louças? **E03101**

1. Sim

2. Não

(siga E03102)

b. Cuidar da limpeza ou manutenção de roupas e sapatos? **E03102**

1. Sim

2. Não

(siga E03103)

c. Fazer pequenos reparos ou manutenção do domicílio, do automóvel, de eletrodomésticos ou outros equipamentos? **E03103**

1. Sim

2. Não

(siga E03104)

d. Limpar ou arrumar o domicílio, a garagem, o quintal ou o jardim? **E03104**

1. Sim

2. Não

(siga E03105)

e. Cuidar da organização do domicílio (pagar contas, contratar serviços, orientar empregados etc.)? **E03105**

1. Sim

2. Não

(siga E03106)

f. Fazer compras ou pesquisar preços de bens para o domicílio? **E03106**

1. Sim

2. Não

(siga E03107)

g. Cuidar dos animais domésticos? **E03107**

1. Sim

2. Não

(siga E03108)

h. Outras tarefas domésticas? **E03108**

1. Sim

2. Não

(siga E32)

E32. Na semana de 21 a 27 de julho de 2019 (semana de referência), ___ fez alguma tarefa doméstica em domicílio de parente?

1. Sim

E032

2. Não

Se (E02801 ou E02802 ou E02803 ou E02804 ou E02805 ou E02806 = 1) ou (E03101 ou E03102 ou E03103 ou E03104 ou E03105 ou E03106 ou E03107 ou E03108 = 1) ou E030 = 1 ou E032 = 1, siga E33. Caso contrário, passe E27.

E33. Quantas horas dedicava normalmente, por semana, às atividades de cuidados de pessoas e/ou afazeres domésticos?

E033

(Horas)

(siga E27)

OBS.: Contar apenas uma vez o tempo em horas dedicado simultaneamente a mais de uma atividade

E27. O informante desta parte foi:

E027

1. A própria pessoa

2. Outro morador

3. Não morador

(Passe Módulo F.)

Módulo F – Rendimentos de outras fontes

F1a. Em julho (mês da pesquisa), ___ recebia normalmente rendimento de aposentadoria ou pensão de instituto de previdência federal (INSS), estadual, municipal ou do governo federal?		
F001011		
<input type="checkbox"/> 1. Sim (R\$ F001021)	<input type="checkbox"/> 2. Não	
Faixa (siga F7a)		
F7a. Em julho (mês da pesquisa), ___ recebia normalmente rendimento de pensão alimentícia, doação ou mesada em dinheiro de pessoa que não morava no domicílio?		
F007011		
<input type="checkbox"/> 1. Sim (R\$ F007021)	<input type="checkbox"/> 2. Não	
Faixa (siga F8a)		
F8a. Em julho (mês da pesquisa), ___ recebia normalmente rendimento de aluguel ou arrendamento?		
F008011		
<input type="checkbox"/> 1. Sim (R\$ F008021)	<input type="checkbox"/> 2. Não	
Faixa (siga F16)		
F16. O informante desta parte foi:		
<input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa	<input type="checkbox"/> 2. Outro morador	<input type="checkbox"/> 3. Não morador
F016 (Passe ao Módulo G.)		

Módulo G – Pessoas com Deficiência

Para pessoas de 2 anos ou mais de idade

G33. ___ usa óculos ou outro aparelho de auxílio para lidar com problemas de visão?	G34. ___ faz uso de óculos?
<input type="checkbox"/> 1. Sim (siga G34) G033 <input type="checkbox"/> 2. Não (passe G47)	<input type="checkbox"/> 1. Sim (siga G35) G034 <input type="checkbox"/> 2. Não (passe G36)
G35. Os óculos foram obtidos no SUS?	G36. ___ faz uso de lentes de contato?
<input type="checkbox"/> 1. Sim G035 <input type="checkbox"/> 2. Não (siga G36)	<input type="checkbox"/> 1. Sim G036 <input type="checkbox"/> 2. Não (siga G38)
G38. ___ faz uso de lupas ou lentes especiais?	G39. As lupas ou lentes especiais foram obtidos no SUS?
<input type="checkbox"/> 1. Sim (siga G39) G038 <input type="checkbox"/> 2. Não (passe G40)	<input type="checkbox"/> 1. Sim G039 <input type="checkbox"/> 2. Não (siga G40)
G40. ___ faz uso de bengala articulada?	G41. A bengala articulada foi obtida no SUS?
<input type="checkbox"/> 1. Sim (siga G41) G040 <input type="checkbox"/> 2. Não (passe G42)	<input type="checkbox"/> 1. Sim G041 <input type="checkbox"/> 2. Não (siga G42)

<p>G42. ___ faz uso de cão guia?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim G042 <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga G44)</p>	<p>G44. ___ faz uso de algum outro aparelho de auxílio para lidar com problemas de visão?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim G044 <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga G46)</p>
<p>G46. ___ tem dificuldade permanente de enxergar mesmo usando óculos, lentes de contato ou lupas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não, nenhuma dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguma dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Sim, muita dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Sim, não consegue de modo algum (passe G48)</p> <p style="text-align: center;">G046</p>	<p>G47. ___ tem dificuldade permanente de enxergar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não, nenhuma dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguma dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Sim, muita dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Sim, não consegue de modo algum (siga G48)</p> <p style="text-align: center;">G047</p>
<p>G48. ___ usa aparelho auditivo ou outro aparelho de auxílio para ouvir melhor?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga G49) G048 <input type="checkbox"/> 2. Não (passe G58)</p>	<p>G49. ___ faz uso de aparelho auditivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga G50) G049 <input type="checkbox"/> 2. Não (passe G51)</p>
<p>G50. O aparelho auditivo foi obtido no SUS?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim G050 <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga G51)</p>	<p>G51. ___ faz uso de implante coclear?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga G52) G051 <input type="checkbox"/> 2. Não (passe G53)</p>
<p>G52. O implante coclear foi obtido no SUS?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim G052 <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga G53)</p>	<p>G53. ___ faz uso de sistema de frequência modulada individual (sistema FM)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga G54) G053 <input type="checkbox"/> 2. Não (passe G55)</p>
<p>G54. O sistema de frequência modulada individual (sistema FM) foi obtido no SUS?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim G054 <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga G55)</p>	<p>G55. ___ faz uso de algum outro aparelho de auxílio para ouvir melhor?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim G055 <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga G57)</p>
<p>G57. G057</p> <p>___ tem dificuldade permanente de ouvir mesmo usando aparelhos auditivos? (Para moradores com <u>5 anos ou mais de idade</u>.)</p> <p>OU</p> <p>___ tem dificuldade permanente de ouvir sons como vozes ou música, mesmo usando aparelhos auditivos? (Para moradores com <u>2 a 4 anos ou mais de idade</u>.)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não, nenhuma dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguma dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Sim, muita dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Sim, não consegue de modo algum</p> <p>(Se C8>=5, siga G58a. Se 2<=C8<=4, passe G59)</p>	<p>G58. G058</p> <p>___ tem dificuldade permanente de ouvir? (Para moradores com <u>5 anos ou mais de idade</u>.)</p> <p>OU</p> <p>___ tem dificuldade permanente de ouvir sons como vozes ou música? (Para moradores com <u>2 a 4 anos de idade</u>.)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não, nenhuma dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguma dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Sim, muita dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Sim, não consegue de modo algum</p> <p>(Se C8>=5, siga G58a. Se 2<=C8<=4, passe G59)</p>
<p>G58a. Sabe usar a Língua Brasileira de Sinais – Libras? (Para moradores com <u>5 anos ou mais de idade</u>.)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim G05801 <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga G59)</p>	<p>G59. ___ usa algum aparelho de auxílio para se locomover?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga G60) G059 <input type="checkbox"/> 2. Não (passe G71)</p>
<p>G60. ___ faz uso de cadeira de rodas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga G61) G060 <input type="checkbox"/> 2. Não (passe G62)</p>	<p>G61. A cadeira de rodas foi obtida no SUS?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim G061 <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga G62)</p>
<p>G62. ___ faz uso de bengala, muletas ou andador?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga G63) G062 <input type="checkbox"/> 2. Não (passe G64)</p>	<p>G63. A bengala, muletas ou andador foram obtidas no SUS?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim G063 <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga G64)</p>

<p>G64. ___ faz uso de prótese?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga G65) G064 <input type="checkbox"/> 2. Não (passe G66)</p>	<p>G65. A prótese foi obtida no SUS?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim G065 <input type="checkbox"/> 2. Não (siga G66)</p>
<p>G66. ___ faz uso de órtese?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga G67) G066 <input type="checkbox"/> 2. Não (passe G68)</p>	<p>G67. A órtese foi obtida no SUS?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim G067 <input type="checkbox"/> 2. Não (siga G68)</p>
<p>G68. ___ faz uso de algum outro aparelho de auxílio para se locomover? G068</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga G70)</p>	
<p>G70. G070</p> <p>___ tem dificuldade permanente de caminhar ou subir degraus, mesmo usando prótese, bengala ou outro aparelho de auxílio? (Para moradores com <u>5 anos ou mais de idade.</u>) OU Comparado com crianças da mesma idade, ___ tem dificuldade permanente para caminhar, mesmo usando prótese, bengala ou aparelho de auxílio? (Para moradores com <u>2 a 4 anos de idade.</u>)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não, nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguma dificuldade <input type="checkbox"/> 3. Sim, muita dificuldade <input type="checkbox"/> 4. Sim, não consegue de modo algum</p> <p>(passe G72)</p>	<p>G71. G071</p> <p>___ tem dificuldade permanente de caminhar ou subir degraus? (Para moradores com <u>5 anos ou mais de idade.</u>) OU Comparado com crianças da mesma idade, ___ tem dificuldade permanente para caminhar? (Para moradores com <u>2 a 4 anos de idade.</u>)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não, nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguma dificuldade <input type="checkbox"/> 3. Sim, muita dificuldade <input type="checkbox"/> 4. Sim, não consegue de modo algum</p> <p>(siga G72)</p>
<p>G72. ___ usa algum aparelho de auxílio para realizar movimentos com os membros superiores?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga G73) G072 <input type="checkbox"/> 2. Não (passe G81)</p> <p>(Se G72 = 1, siga G73. Se (G72 = 2 ou ignorado) e C008 < 5, passe G82. Se (G72 = 2 ou ignorado) e C008 >= 5, passe G81.)</p>	<p>G73. ___ faz uso de prótese para os membros superiores?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga G74) G073 <input type="checkbox"/> 2. Não (passe G75)</p>
<p>G74. A prótese para os membros superiores foi obtida no SUS?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim G074 <input type="checkbox"/> 2. Não (siga G75)</p>	<p>G75. ___ faz uso de órtese para os membros superiores?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga G76) G075 <input type="checkbox"/> 2. Não (passe G77)</p>
<p>G76. A órtese para os membros superiores foi obtida no SUS?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim G076 <input type="checkbox"/> 2. Não (siga G77)</p>	<p>G77. ___ faz uso de algum outro aparelho de auxílio para realizar movimentos com os membros superiores? G077</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (Se C008 >= 5, siga G79. Caso contrário, passe G80)</p>
<p>G79. ___ tem dificuldade permanente para levantar uma garrafa com dois litros de água da cintura até a altura dos olhos, mesmo usando prótese ou aparelho de auxílio? (Somente para moradores com <u>5 anos ou mais de idade.</u>) G079</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não, nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguma dificuldade <input type="checkbox"/> 3. Sim, muita dificuldade <input type="checkbox"/> 4. Sim, não consegue de modo algum</p> <p>(siga G80)</p>	<p>G80. ___ tem dificuldade permanente para pegar objetos pequenos, como botões e lápis, ou abrir e fechar recipientes ou garrafas, mesmo usando prótese ou aparelho de auxílio? (Somente para moradores com <u>5 anos ou mais de idade.</u>) OU Comparado com crianças da mesma idade, ___ tem dificuldade permanente para pegar objetos pequenos, mesmo usando prótese ou aparelho de auxílio? (Para moradores com <u>2 a 4 anos de idade.</u>) G080</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não, nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguma dificuldade <input type="checkbox"/> 3. Sim, muita dificuldade <input type="checkbox"/> 4. Sim, não consegue de modo algum</p> <p>(Se C008 >= 5, siga G81. Caso contrário, passe G82)</p>

<p>G81. ___ tem dificuldade permanente para levantar uma garrafa com dois litros de água da cintura até a altura dos olhos? (Somente para moradores com 5 anos ou mais de idade)</p> <p style="text-align: center;">G081</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não, nenhuma dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguma dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Sim, muita dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Sim, não consegue de modo algum</p> <p style="text-align: right;">(siga G82)</p>	<p>G82. G082</p> <p>_____ tem dificuldade permanente para pegar objetos pequenos, como botões e lápis, ou abrir e fechar recipientes ou garrafas? (Para moradores com 5 anos ou mais de idade.)</p> <p>OU</p> <p>Comparado com crianças da mesma idade, ___ tem dificuldade permanente para pegar objetos pequenos? (Para moradores com 2 a 4 anos de idade.)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não, nenhuma dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguma dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Sim, muita dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Sim, não consegue de modo algum</p> <p style="text-align: right;">(siga G83)</p>
--	---

G83.

Por causa de alguma limitação nas funções mentais ou intelectuais, ___ tem dificuldade permanente para realizar atividades habituais, como se comunicar, realizar cuidados pessoais, trabalhar, ir à escola, brincar etc.? (Para moradores com 5 anos ou mais de idade.)

OU

Por causa de alguma limitação nas funções mentais ou intelectuais, ___ tem dificuldade permanente para realizar atividades habituais, como frequentar a escola, brincar etc.? (Para moradores com 2 a 4 anos de idade.)

G083

1. Não, nenhuma dificuldade

2. Sim, alguma dificuldade

3. Sim, muita dificuldade

4. Sim, não consegue de modo algum

(Se G46 ou G47 ou G57 ou G58 ou G70 ou G71 ou G79 ou G80 ou G81 ou G82 ou G83 = 2 a 4, siga G84. Caso contrário passe G32)

G84. Nos últimos doze meses ___ recebe ou recebeu, algum cuidado em reabilitação de forma regular? (Tais como: fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicoterapia etc.)

G084

1. Sim (siga G85)

2. Não (passe G32)

G85. Onde você recebe (recebeu), esse cuidado em reabilitação? (Caso receba mais de um cuidado, escolha o mais frequente)

G085

1. No domicílio

2. Em serviço de saúde

(siga G86)

G86. Como você conseguiu ter acesso a esse cuidado em reabilitação? (Caso receba mais de um cuidado, escolha o mais frequente)

G086

1. SUS ou serviço conveniado ao SUS

2. Convênio, plano de saúde ou particular

3. Outros

4. Não sei informar

(passe G32)

G32. O informante desta parte foi:

G032

1. A própria pessoa

2. Outro morador

3. Pessoa não moradora

(Passe Módulo I.)

Módulo I - Cobertura de Plano de Saúde

Entrevistador leia: Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre plano ou seguro de saúde médica ou odontológico

I1a. Tem algum plano odontológico particular, de empresa ou órgão público?

I00101

1. Sim

2. Não

(siga I1b.)

I1b. Tem algum plano de saúde médico particular, de empresa ou órgão público?

I00102

1. Sim

I001021

2. Não

(Se I1b = 1, siga I1c. Se I001021 > 1, Leia: Para as questões seguintes, considere o plano de saúde médico principal e siga para I1c. Se I1b = 2, passe Módulo J)

<p>11c. Quem é o titular do seu plano de saúde médico (único ou principal)?</p> <p style="text-align: center;">I00103 I001031</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Titular morador</p> <p style="text-align: center;">Número de ordem do titular</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Titular não morador</p> <p style="text-align: center;">(siga I5.)</p>	<p>15. Há quanto tempo sem interrupção ____ possui esse plano de saúde (único ou principal)?</p> <p style="text-align: right;">I005</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Até 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Mais de 6 meses até 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mais de 1 ano até 2 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mais de 2 anos</p> <p style="text-align: center;">(siga I6)</p>
--	---

<p>16. ____ considera este plano de saúde: I006</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Muito bom</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Bom</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Regular</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 4. Ruim</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 5. Muito ruim</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 6. Nunca usou o plano de saúde</p> <p style="text-align: center;">(Se I1c = 1 e C00301 = I001031, siga I4. Se I1c = 1 e C00301 diferente I001031, passe I12. Se I1c = 2, siga I4)</p>
--

<p>14. O plano de saúde médico (único ou principal) que ____ possui é de instituição de assistência de servidor público (municipal, estadual ou militar)?</p> <p style="text-align: center;">I004</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p style="text-align: center;">(siga I4a.)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 2. Não</p>
--

<p>14a. O plano de saúde (único ou principal) de assistência médica que ____ possui dá direito a:</p> <p>1. Consultas I00401</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p style="text-align: center;">(siga I00402)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>2. Exames I00402</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p style="text-align: center;">(siga I00403)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>3. Internações I00403</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p style="text-align: center;">(siga I00404)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>4. Partos I00404</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p style="text-align: center;">(siga I10a)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 2. Não</p>

<p>110a. Quem paga a mensalidade deste plano de saúde? I010010</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Somente o empregador (atual ou anterior)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Parte o titular e parte o empregador (atual ou anterior)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Somente o titular, diretamente ao plano</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 4. Somente outro morador do domicílio</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 5. Pessoa não moradora do domicílio</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 6. Outro</p> <p style="text-align: center;">(siga I12.)</p>

<p>112. O informante desta parte foi: I012</p> <p><input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2. Outro morador</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 3. Não morador</p> <p style="text-align: center;">(Passe Módulo J.)</p>

Módulo J - Utilização de serviços de saúde

Entrevistador leia: Agora vou lhe fazer perguntas sobre o estado de saúde e utilização de serviços de saúde dos moradores do domicílio

<p>J1. De um modo geral, como é o estado de saúde de ___?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Muito bom <input type="checkbox"/> 4. Ruim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Bom J001 <input type="checkbox"/> 5. Muito ruim</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Regular (siga J1a)</p>	<p>J1a. Considerando saúde como estado de bem-estar físico e mental, e não somente a ausência de doenças, como é o estado de saúde de ___?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Muito bom <input type="checkbox"/> 4. Ruim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Bom J00101 <input type="checkbox"/> 5. Muito ruim</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Regular (siga J2)</p>														
<p>J2. Nas duas últimas semanas, ___ deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.) por motivo da própria saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga J3) J002 <input type="checkbox"/> 2. Não (passe J7)</p>	<p>J3. Nas duas últimas semanas, quantos dias ___ deixou de realizar suas atividades habituais, por motivo da própria saúde?</p> <p>J003</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Dias (siga J4a)</p>														
<p>J4. Qual foi o principal motivo de saúde que impediu ___ de realizar suas atividade habituais nas duas últimas semanas? J00402</p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> 01. Problemas nos ossos e articulações (Dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca/Dor nos braços ou nas mãos/Artrite ou reumatismo)</td><td><input type="checkbox"/> 08. Problemas cardiovasculares (Pressão alta / doença do coração / AVC ou derrame)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 02. Dor de cabeça ou enxaqueca</td><td><input type="checkbox"/> 09. Diabetes</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 03. Problemas gineco-obstétricos (Problemas menstruais ou da gravidez e parto)</td><td><input type="checkbox"/> 10. Câncer (inclusive quimioterapia / radioterapia)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 04. Problemas odontológico / Dor de dente</td><td><input type="checkbox"/> 11. Problemas neurológicos (Alzheimer / Esclerose / Doença de Parkinson / Demência)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 05. Problemas respiratórios (Resfriado / gripe / sinusite / asma / bronquite / pneumonia)</td><td><input type="checkbox"/> 12. Saúde mental (Depressão / bipolaridade /esquizofrenia / Transtorno de ansiedade / outro problema de saúde mental)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 06. Problemas gastrointestinais (Diarreia / vômito / náusea / gastrite / dor de barriga)</td><td><input type="checkbox"/> 13. Lesões ou fraturas provocada(s) por acidente(s) ou violência</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 07. Dengue, Chikungunya, Zika Vírus ou Febre amarela</td><td><input type="checkbox"/> 14. Outro problema de saúde</td></tr></table> <p>(siga J4b)</p>		<input type="checkbox"/> 01. Problemas nos ossos e articulações (Dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca/Dor nos braços ou nas mãos/Artrite ou reumatismo)	<input type="checkbox"/> 08. Problemas cardiovasculares (Pressão alta / doença do coração / AVC ou derrame)	<input type="checkbox"/> 02. Dor de cabeça ou enxaqueca	<input type="checkbox"/> 09. Diabetes	<input type="checkbox"/> 03. Problemas gineco-obstétricos (Problemas menstruais ou da gravidez e parto)	<input type="checkbox"/> 10. Câncer (inclusive quimioterapia / radioterapia)	<input type="checkbox"/> 04. Problemas odontológico / Dor de dente	<input type="checkbox"/> 11. Problemas neurológicos (Alzheimer / Esclerose / Doença de Parkinson / Demência)	<input type="checkbox"/> 05. Problemas respiratórios (Resfriado / gripe / sinusite / asma / bronquite / pneumonia)	<input type="checkbox"/> 12. Saúde mental (Depressão / bipolaridade /esquizofrenia / Transtorno de ansiedade / outro problema de saúde mental)	<input type="checkbox"/> 06. Problemas gastrointestinais (Diarreia / vômito / náusea / gastrite / dor de barriga)	<input type="checkbox"/> 13. Lesões ou fraturas provocada(s) por acidente(s) ou violência	<input type="checkbox"/> 07. Dengue, Chikungunya, Zika Vírus ou Febre amarela	<input type="checkbox"/> 14. Outro problema de saúde
<input type="checkbox"/> 01. Problemas nos ossos e articulações (Dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca/Dor nos braços ou nas mãos/Artrite ou reumatismo)	<input type="checkbox"/> 08. Problemas cardiovasculares (Pressão alta / doença do coração / AVC ou derrame)														
<input type="checkbox"/> 02. Dor de cabeça ou enxaqueca	<input type="checkbox"/> 09. Diabetes														
<input type="checkbox"/> 03. Problemas gineco-obstétricos (Problemas menstruais ou da gravidez e parto)	<input type="checkbox"/> 10. Câncer (inclusive quimioterapia / radioterapia)														
<input type="checkbox"/> 04. Problemas odontológico / Dor de dente	<input type="checkbox"/> 11. Problemas neurológicos (Alzheimer / Esclerose / Doença de Parkinson / Demência)														
<input type="checkbox"/> 05. Problemas respiratórios (Resfriado / gripe / sinusite / asma / bronquite / pneumonia)	<input type="checkbox"/> 12. Saúde mental (Depressão / bipolaridade /esquizofrenia / Transtorno de ansiedade / outro problema de saúde mental)														
<input type="checkbox"/> 06. Problemas gastrointestinais (Diarreia / vômito / náusea / gastrite / dor de barriga)	<input type="checkbox"/> 13. Lesões ou fraturas provocada(s) por acidente(s) ou violência														
<input type="checkbox"/> 07. Dengue, Chikungunya, Zika Vírus ou Febre amarela	<input type="checkbox"/> 14. Outro problema de saúde														
<p>J4b. Este motivo de saúde estava relacionado ao trabalho? J00404</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não trabalhava / Nunca trabalhou</p> <p>(siga J5)</p>															
<p>J5. Nas duas últimas semanas ___ esteve acamado(a)? J005</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga J6) <input type="checkbox"/> 2. Não (passe J7)</p>															
<p>J6. Nas duas últimas semanas, quantos dias ___ esteve acamado(a)? J006</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Dias)</p> <p>(siga J7)</p>															
<p>J7. Algum médico já deu o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração) a ___? J007</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga J8a) <input type="checkbox"/> 2. Não (passe J9)</p>															
<p>J8a. Alguma dessas doenças limita, de alguma forma, suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.)? J00801</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga J9) <input type="checkbox"/> 2. Não</p>															
<p>J9. ___ costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde? J009</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga J10a) <input type="checkbox"/> 2. Não (passe J11a)</p>															

J10a. Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde _____ costuma procurar: **J01002**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01. Farmácia | <input type="checkbox"/> 06. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado |
| <input type="checkbox"/> 02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) | <input type="checkbox"/> 07. Pronto atendimento ou emergência de hospital privado |
| <input type="checkbox"/> 03. Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público | <input type="checkbox"/> 08. Atendimento domiciliar |
| <input type="checkbox"/> 04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto socorro ou emergência de hospital público | <input type="checkbox"/> 09. Outro serviço |
| <input type="checkbox"/> 05. Ambulatório de hospital público | |
- (siga J11a)

J11a. Quando ____ consultou um médico pela última vez? **J01101**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Até 1 ano | <input type="checkbox"/> 4. Mais de 3 anos |
| <input type="checkbox"/> 2. Mais de 1 ano a 2 anos | <input type="checkbox"/> 5. Nunca foi ao médico |
| <input type="checkbox"/> 3. Mais de 2 anos a 3 anos | |

(Se J11a = 1, siga J12. Caso contrário, passe J13a)

J12. Quantas vezes ____ consultou um médico nos últimos doze meses? **J012**

--	--	--	--

Vezes

(siga J13a)

J13a. Quando ____ consultou um dentista pela última vez? **J01301**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Até 1 ano | <input type="checkbox"/> 4. Mais de 3 anos |
| <input type="checkbox"/> 2. Mais de 1 ano a 2 anos | <input type="checkbox"/> 5. Nunca foi ao dentista |
| <input type="checkbox"/> 3. Mais de 2 anos a 3 anos | |

(siga J14)

J14. Nas duas últimas semanas, ____ procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde? **J014**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga J15a) | <input type="checkbox"/> 2. Não (passe J36a) |
|---|--|

J15a. Qual foi o motivo principal pelo qual _____ procurou atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas? **J01502**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Acidente, lesão ou fratura | <input type="checkbox"/> 7. Exame complementar de diagnóstico (sangue, urina, imagem etc.) |
| <input type="checkbox"/> 2. Doença (dor, febre, diarreia etc.) ou continuação de tratamento de doença | <input type="checkbox"/> 8. Vacinação |
| <input type="checkbox"/> 3. Problema odontológico, dor de dente ou consulta de rotina ao dentista | <input type="checkbox"/> 9. Prevenção, check-up médico ou puericultura |
| <input type="checkbox"/> 4. Reabilitação (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia Ocupacional etc.) | <input type="checkbox"/> 10. Solicitação de atestado de saúde |
| <input type="checkbox"/> 5. Pré-natal | <input type="checkbox"/> 11. Acompanhamento com psicólogo, nutricionista, ou outro profissional de saúde |
| <input type="checkbox"/> 6. Parto | <input type="checkbox"/> 12. Outro |

(siga J16a)

J16a. Onde ____ procurou o primeiro atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?		J01602
<input type="checkbox"/> 1. Farmácia	<input type="checkbox"/> 6. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado	
<input type="checkbox"/> 2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	<input type="checkbox"/> 7. Pronto atendimento ou emergência de hospital privado	
<input type="checkbox"/> 3. Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público	<input type="checkbox"/> 8. No domicílio	
<input type="checkbox"/> 4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público	<input type="checkbox"/> 9. Outro serviço	
<input type="checkbox"/> 5. Ambulatório de hospital público		(siga J17a)
J17a. Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde por este motivo, nas duas últimas semanas:		J01701
<input type="checkbox"/> 1. Foi agendado para outro dia / outro local (passe J19)	<input type="checkbox"/> 3. Foi atendido (passe J23)	
<input type="checkbox"/> 2. Não foi atendido (siga 18a)		
J18a. Por que motivo ____ não foi atendido(a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?		J01802
<input type="checkbox"/> 1. Não conseguiu vaga nem pegar senha	<input type="checkbox"/> 5. O serviço de saúde não estava funcionando	
<input type="checkbox"/> 2. Não tinha médico ou dentista atendendo	<input type="checkbox"/> 6. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso	
<input type="checkbox"/> 3. Não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender	<input type="checkbox"/> 7. Não podia pagar pela consulta	
<input type="checkbox"/> 4. Esperou muito e desistiu	<input type="checkbox"/> 8. Outro	
		(siga J19)
J19. Nas duas últimas semanas, quantas vezes ____ voltou a procurar atendimento de saúde por este mesmo motivo?		J019
<input type="text" value="11"/> (Vezes)	<input type="checkbox"/> 0. Nenhuma vez	
		(Se J19 ≠ 0, siga J20a. Se J19 = 0, passe J37.)
J20a. Onde ____ procurou o último atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?		J02002
<input type="checkbox"/> 1. Farmácia	<input type="checkbox"/> 6. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado	
<input type="checkbox"/> 2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	<input type="checkbox"/> 7. Pronto atendimento ou emergência de hospital privado	
<input type="checkbox"/> 3. Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público	<input type="checkbox"/> 8. No domicílio	
<input type="checkbox"/> 4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público	<input type="checkbox"/> 9. Outro serviço	
<input type="checkbox"/> 5. Ambulatório de hospital público		(siga J21)
J21. Nessa última vez que procurou atendimento de saúde por este motivo, nas duas últimas semanas, ____ foi atendido(a)?		J021
<input type="checkbox"/> 1. Sim (passe J23)	<input type="checkbox"/> 2. Não (siga J22a)	
J22a. Por que motivo ____ não foi atendido(a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?		J022010
<input type="checkbox"/> 1. Não conseguiu vaga nem pegar senha	<input type="checkbox"/> 5. O serviço de saúde não estava funcionando	
<input type="checkbox"/> 2. Não tinha médico ou dentista atendendo	<input type="checkbox"/> 6. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso	
<input type="checkbox"/> 3. Não havia serviço profissional de saúde especializado para atender	<input type="checkbox"/> 7. Não podia pagar pela consulta	
<input type="checkbox"/> 4. Esperou muito e desistiu	<input type="checkbox"/> 8. Outro	
		(passe J37)
J23. Este serviço de saúde onde ____ foi atendido era:		J023
<input type="checkbox"/> 1. Público	<input type="checkbox"/> 2. Privado	<input type="checkbox"/> 3. Não sabe / Não lembra
		(siga J24)

J24. Este atendimento de saúde de ___ foi coberto por algum plano de saúde? **J024**

1. Sim 2. Não

(siga J25)

J25. ___ pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas?(Entrevistador: se o(a) entrevistado (a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção2)

1. Sim **J025** 2. Não

(siga J26)

J26. O atendimento de ___ foi feito pelo SUS?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(siga J27a)

J27a. Qual foi o principal atendimento de saúde que _____ recebeu? **J02702**

01. Consulta médica 07. Medição / aferição de pressão arterial, injeção, curativo 13. Práticas integrativas e complementares como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, yoga, *tai chi chuan e liang gong.*

02. Consulta odontológica **J027** 08. Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou hemoterapia 14. Práticas de promoção de saúde, tais como grupos de atividade física, orientação sobre alimentação saudável, uso abusivo de outras drogas, grupo de cessação de tabagismo.

03. Consulta com outro profissional de saúde (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, enfermeiro etc.) 09. Exames complementares de diagnóstico (sangue,urina, imagem etc.) 15. Outro atendimento

04. Atendimento com agente comunitário de saúde 10. Gesso ou imobilização

05. Atendimento na farmácia 11. Pequena cirurgia em ambulatório

06. Vacinação 12. Internação hospitalar ou cirurgia

(siga J29a)

J29a. Neste atendimento de ____, foi receitado algum medicamento? **J02901**

1. Sim (siga J30a) 2. Não (passe J37)

J30a. ___ conseguiu obter os medicamentos receitados: **J03001**

1. Sim, todos (passe J32) 2. Sim, alguns (siga J31a) 3. Não, nenhum (siga J31a)

J31a. Qual o principal motivo de ___ não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados? **J03102**

1. Não conseguiu obter no serviço público de saúde 5. Não tinha dinheiro para comprar

2. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no programa Aqui tem Farmácia Popular 6. Não achou necessário

3. Não tinha farmácia próxima ou teve dificuldade de transporte 7. Desistiu de procurar, pois melhorou

4. Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia 8. Outro

(Se J30a = 3, passe J37. Se J30a = 2, siga J32.)

J32. Algum dos medicamentos foi coberto por plano de saúde? **J032**

1. Sim, todos (passe ao J35) 2. Sim, alguns (siga J33a) 3. Não, nenhum (siga J33a)

J33a. Algum dos medicamentos foi obtido no programa Aqui tem Farmácia Popular? **J03301**

1. Sim, todos (passe J35) 2. Sim, alguns (siga J34) 3. Não, nenhum (siga J34)

J34. Algum dos medicamentos foi obtido em serviço público de saúde? **J034**

1. Sim, todos 2. Sim, alguns 3. Não, nenhum

(siga J35)

J35. ___pagou algum valor pelos medicamentos? **J035**

1. Sim 2. Não

(passe J37)

J36a. Nas duas últimas semanas, por que motivo ___ não procurou serviço de saúde? **J03602**

01. Não houve necessidade 06. O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades 10. Greve nos serviços de saúde

02. Não tinha dinheiro 07. Achou que não tinha direito 11. Outro motivo

03. O local de atendimento era distante ou teve dificuldade de transporte 08. Não tinha quem o(a) acompanhasse

04. Horário incompatível 09. Não gostava dos profissionais do estabelecimento

05. O atendimento é muito demorado

(siga J37)

J37. Nos últimos doze meses, ___ ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais? **J037**

1. Sim (siga J38) 2. Não (passe J46)

J38. Nos últimos doze meses, quantas vezes ___ esteve internado(a)? **J038**

(Vezes)

(siga J39)

J39. Qual foi o principal atendimento de saúde que ___ recebeu quando esteve internado(a) (pela última vez) nos doze últimos meses? **J039**

1. Parto normal 5. Cirurgia

2. Parto cesáreo 6. Exames complementares de diagnóstico

3. Tratamento clínico 7. Outro

4. Tratamento psiquiátrico

(siga J40)

J40. Quanto tempo ___ ficou internado(a) na última vez? **J04001** **J04002**

(Meses) (Dias)

(siga J41)

88. Morador ainda está internado

J41. O estabelecimento de saúde em que ___ esteve internado (a) pela última vez nos últimos doze meses era: **J041**

1. Público 2. Privado 3. Não sabe / Não lembra

(siga J42)

J42. A última internação de ___ nos últimos doze meses foi coberta por algum plano de saúde? **J042**

1. Sim 2. Não

(siga J43)

J43. ___ pagou algum valor por esta última internação? (Entrevistador: se o(a) entrevistado (a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2) **J043**

1. Sim 2. Não

(siga J44)

J44. Esta última internação de ___ foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)? **J044**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(siga J46)

J46. Nos últimos doze meses, ___ teve atendimento de urgência ou emergência no domicílio? **J046**

1. Sim (siga J47) 2. Não (passe J53a)

J47. Este atendimento foi coberto por algum plano de saúde? **J047**

1. Sim 2. Não

(siga J48)

J48 ____pagou algum valor por este atendimento? (Entrevistador: se o(a) entrevistado (a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2) **J048**

1. Sim (siga J49) 2. Não

J49 Este atendimento foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)? **J049**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra (siga J51)

J51. Neste atendimento ____ foi transportado por ambulância para um serviço de saúde? **J051**

1. Sim (siga J52) 2. Não (passe J53a)

J52. O transporte foi feito por: **J052**

1. SAMU 4. Corpo de bombeiro
 2. Ambulância de serviço público de saúde 5. Outro
 3. Ambulância de serviço de saúde privado / plano de saúde (siga J53a)

J53a. Nos últimos doze meses, ____ utilizou tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, yoga, *tai chin chuan*, *lian gong* ou outra prática integrativa e complementar a saúde? **J05301**

1. Sim (siga J54a) 2. Não (passe J60)

J54a. Qual tratamento ____ fez uso:

1. Acupuntura **J05402**
 1. Sim 2. Não (siga J5403)

2. Homeopatia **J05403**
 1. Sim 2. Não (siga J5404)

3. Plantas medicinais e fitoterapia **J05404**
 1. Sim 2. Não (siga J5405)

4. Auriculoterapia **J05405**
 1. Sim 2. Não (siga J5406)

5. Meditação **J05406**
 1. Sim 2. Não (siga J5407)

6. Yoga **J05407**
 1. Sim 2. Não (siga J5408)

7. *Tai chi chuan*, *Lian gong*, *Qi gong* **J05408**
 1. Sim 2. Não (siga J5409)

8. Terapia comunitária integrativa **J05409**
 1. Sim 2. Não (siga J5410)

9. Outro **J054010**
 1. Sim 2. Não (siga J56)

J56. ____ pagou algum valor por este(s) tratamento(s)? **J56**

1. Sim, todos
 2. Sim, alguns
 3. Não (siga J57)

J57. Este(s) tratamento(s) foi (eram) feito(s) através do Sistema Único de Saúde (SUS)? **J57**

1. Sim, todos 3. Não
 2. Sim, alguns 4. Não sabe / Não lembra (siga J60)

J60. O informante desta parte foi: **J060**

1. A própria pessoa
 2. Outro morador
 3. Não morador (Encerre Módulo J)

Módulo K – Saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais

<p>K1. Em geral, que grau de dificuldade ___ tem para comer sozinho (a) com um prato colocado à sua frente, incluindo segurar um garfo, cortar alimentos e beber em um copo?</p> <p style="text-align: center;">K001</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue <input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade <input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p style="text-align: center;">(siga K4)</p>	<p>K4. Em geral, que grau de dificuldade ___ tem para tomar banho sozinho(a) incluindo entrar e sair do chuveiro ou banheira?</p> <p style="text-align: center;">K004</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue <input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade <input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p style="text-align: center;">(siga K7)</p>
<p>K7. Em geral, que grau de dificuldade ___ tem para ir ao banheiro sozinho (a) incluindo sentar e levantar do vaso sanitário?</p> <p style="text-align: center;">K007</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue <input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade <input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p style="text-align: center;">(siga K10)</p>	<p>K10. Em geral, que grau de dificuldade ___ tem para se vestir sozinho(a) incluindo calçar meias e sapatos, fechar o zíper, e fechar e abrir botões?</p> <p style="text-align: center;">K010</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue <input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade <input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p style="text-align: center;">(siga K13)</p>
<p>K13. Em geral, que grau de dificuldade ___ tem para andar em casa sozinho (a) de um cômodo a outro, em um mesmo andar, como do quarto para a sala?</p> <p style="text-align: center;">K013</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue <input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade <input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p style="text-align: center;">(siga K16)</p>	<p>K16. Em geral, que grau de dificuldade ___ tem para deitar-se ou levantar-se da cama sozinho(a)?</p> <p style="text-align: center;">K016</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue <input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade <input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p style="text-align: center;">(siga K19)</p>
<p>K19. Em geral, que grau de dificuldade ___ tem para sentar-se ou levantar-se da cadeira sozinho(a)?</p> <p style="text-align: center;">K019</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue <input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade <input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K1 ou K4 ou K7 ou K10 ou K13 ou K16 ou K19 = 1, 2 ou 3, siga K19a.)</p> <p>(Se K1 e K4 e K7 e K10 e K13 e K16 e K19 = 4, passe K22.)</p>	<p>K19a. ___ precisa de ajuda para realizar algumas(s) destas atividades (comer, tomar banho, ir ao banheiro, se vestir, andar em casa de um cômodo ao outro, deitar-se ou levantar-se da cama sozinho, sentar-se ou levantar-se da cadeira sozinho)?</p> <p style="text-align: center;">K01901</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga K20a) <input type="checkbox"/> 2. Não (passe K22)</p>
<p>K20a. ___ recebe ajuda para realizar alguma(s) destas atividades?</p> <p style="text-align: center;">K02001</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga K21a) <input type="checkbox"/> 2. Não (passe K22)</p>	<p>K21a. Na maioria das vezes, quem presta ajuda a ___ para realizar algumas dessas atividades?</p> <p style="text-align: center;">K02101</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Parente morador no domicílio <input type="checkbox"/> 4. Empregada doméstica</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Parente não morador no domicílio <input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não parente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Enfermeiro ou cuidador contratado</p> <p>(Se K21a = 1, 2 ou 5, siga K21b. Se K21a = 3 ou 4, passe K22.)</p>
<p>K21b. Essa pessoa que lhe presta ajuda é remunerada por este serviço?</p> <p style="text-align: center;">K02102</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga K22)</p>	<p>K22. Em geral, que grau de dificuldade ___ tem para fazer compras sozinho(a), por exemplo de alimentos, roupas ou medicamentos?</p> <p style="text-align: center;">K022</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue <input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade <input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p style="text-align: center;">(siga K25)</p>
<p>K25. Em geral, que grau de dificuldade ___ tem para administrar as finanças sozinho(a) (<i>Cuidar do seu próprio dinheiro</i>)?</p> <p style="text-align: center;">K025</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue <input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade <input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p style="text-align: center;">(siga K28)</p>	<p>K28. Em geral, que grau de dificuldade ___ tem para tomar os remédios sozinho(a)? (<i>Engolir o remédio, organizar horário e capacidade de lembrar de tomar o remédio</i>)</p> <p style="text-align: center;">K028</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue <input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade <input type="checkbox"/> 5. Não faz uso de medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade (siga K31)</p>
<p>K31. Em geral, que grau de dificuldade ___ tem para ir ao médico sozinho(a)?</p> <p style="text-align: center;">K031</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue <input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade <input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p style="text-align: center;">(siga K34)</p>	<p>K34. Em geral, que grau de dificuldade ___ tem para sair sozinho(a) utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro etc.?</p> <p style="text-align: center;">K034</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue <input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade <input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K22 ou K25 ou K28 ou K31 ou K34 = 1, 2 ou 3, siga K34a.)</p> <p>(Se K22 = 4 e K25 = 4 e K28 = 4 ou 5 e K31 = 4 e K34 = 4, passe K43a.)</p>
<p>K34a. ___ precisa de ajuda para realizar algumas(s) destas atividades (fazer compras, administrar as finanças, tomar os remédios, ir ao médico, sair utilizando um transporte ônibus, metrô, táxi, carro etc.)?</p> <p style="text-align: center;">K03401</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga K35a) <input type="checkbox"/> 2. Não (passe K43a)</p>	

<p>K35a. ___ recebe ajuda para realizar alguma(s) destas atividades? K03501</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga K36a) <input type="checkbox"/> 2. Não (passe K43a)</p>	
<p>K36a. Na maioria das vezes, quem presta ajuda a ___ para realizar algumas dessas atividades? K03601</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Parente morador no domicílio <input type="checkbox"/> 4. Empregada doméstica</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Parente não morador no domicílio <input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não parente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Enfermeiro ou cuidador contratado</p> <p>(Se K36a = 1, 2 ou 5, siga K36b. Se K36a = 3 ou 4, passe K43a.)</p>	<p>K36b. Essa pessoa que lhe presta ajuda é remunerada por este serviço? K03602</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga K43a)</p>
<p>K43a. ___ faz uso de algum medicamento, que foi receitado por um médico, para uso regular ou contínuo (Diário)? K04301</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga K43b) <input type="checkbox"/> 2. Não (passe K44a) <input type="checkbox"/> 3. Não sabe / Não respondeu (passe K44a)</p>	
<p>K43b. Quantos medicamentos diferentes de uso regular ou contínuo, receitados pelo médico, ___ usou nas <u>duas últimas semanas</u>? K04302</p> <p><input type="text"/> (Medicamentos)</p> <p>(siga K44a)</p>	
<p>K44a. Quando foi a última vez que ___ fez exame de vista por profissional de saúde? K04401</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 4 De 2 anos a menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De 6 meses a menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 5. 3 anos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 3. De 1 ano a menos de 2 anos <input type="checkbox"/> 6. Nunca fez</p> <p>(Se K44a = 6, passe K52. Caso contrário siga K45)</p>	
<p>K45. Algum médico já deu a ___, diagnóstico de catarata em uma ou em ambas as vistas? K045</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga K46) <input type="checkbox"/> 2. Não (passe K52)</p>	
<p>K46. Houve indicação para realização de cirurgia nos olhos para retirar a catarata? K046</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga K47) <input type="checkbox"/> 2. Não (passe K52)</p>	
<p>K47. ___ fez a cirurgia? K047</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (passe K50) <input type="checkbox"/> 2. Não (siga K48)</p>	
<p>K48. Qual o principal motivo de não ter feito a cirurgia de catarata? K048</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Está marcada, mas ainda não fez <input type="checkbox"/> 4 Estava com dificuldades financeiras</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não achou necessário ou teve medo <input type="checkbox"/> 5. Não conseguiu marcar a cirurgia pelo plano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Ainda não conseguiu vaga <input type="checkbox"/> 6. Outro</p> <p>(passe K52)</p>	
<p>K50. Pagou algum valor pela cirurgia? K050</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga K51)</p>	
<p>K51. A cirurgia foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)? K051</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe / Não lembra</p> <p>(siga K52)</p>	
<p>K52. Nos últimos doze meses, tomou vacina contra gripe? K052</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (passe K54a) <input type="checkbox"/> 2. Não (siga K53a)</p>	

K53a. Qual o principal motivo por não ter tomado a vacina contra gripe? **K05302**

<input type="checkbox"/> 1. Não acha necessário ou raramente fica gripado	<input type="checkbox"/> 6. A vacina não estava disponível no serviço que procurou
<input type="checkbox"/> 2. Não sabia onde tomar a vacina	<input type="checkbox"/> 7. Contraindicação médica ou motivo de doença / alergia
<input type="checkbox"/> 3. Tem medo da reação	<input type="checkbox"/> 8. Não acredita que a vacina proteja contra gripe
<input type="checkbox"/> 4. Tem medo da injeção	<input type="checkbox"/> 9. Esqueceu / Não teve tempo / Perdeu o prazo da campanha
<input type="checkbox"/> 5. O serviço de saúde era distante ou teve dificuldade de transporte	<input type="checkbox"/> 10. Outro

(siga K54a)

K54a. Nos últimos doze meses, ___ teve alguma queda? **K05401**

<input type="checkbox"/> 1. Sim (siga K54b)	<input type="checkbox"/> 2. Não (passe K62)
---	---

K54b. Nos últimos doze meses, na ocasião dessa(s) queda(s) ocorrida(s) ___ procurou o serviço de saúde? **K05402**

<input type="checkbox"/> 1. Sim (siga K55)	<input type="checkbox"/> 2. Não (passe K62)
--	---

K55. Na ocasião dessa(s) queda(s) nos últimos doze meses, ___ fraturou quadril ou fêmur? **K055**

<input type="checkbox"/> 1. Sim (siga K56a)	<input type="checkbox"/> 2. Não (passe K62)
---	---

K56a. ___ fez cirurgia por causa dessa fratura? **K05601**

<input type="checkbox"/> 1. Sim (siga K56b)	<input type="checkbox"/> 2. Não (passe K62)
---	---

K56b. ___ teve colocação de prótese? **K05602**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
---------------------------------	---------------------------------

(siga K62)

K62. O informante desta parte foi: **K062**

<input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa	<input type="checkbox"/> 2. Outro morador	<input type="checkbox"/> 3. Não morador
--	---	---

(Encerre Módulo K)

Módulo L - Crianças com Menos de 2 Anos de Idade

Atenção: As perguntas deste módulo são dirigidas às crianças do domicílio que ainda não completaram 2 anos de idade.

No caso de mais de uma criança, escolher a mais nova.

É importante que a mãe ou responsável pela criança seja a pessoa que responda ao questionário.

Para crianças nascidas de 28 de julho de 2017 a 27 de julho de 2019.

L17. Você pode me dizer quais destes alimentos ___ tomou ou comeu desde ontem de manhã até hoje de manhã?

a. Leite de materno	L01701	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	L01709	i. Feijão ou outras leguminosas (lentilha, ervilha etc.)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
b. Outro leite ou derivados de leite	L01702	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	L01710	j. Carnes ou ovos	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
c. Água	L01703	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	L01711	k. Batata e outros tubérculos e raízes (batata doce, mandioca)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
d. Chá	L01704	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	L01712	l. Cereais e derivados (arroz, pão, cereal, macarrão, farinha etc.)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
e. Mingau	L01705	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	L01713	m. Biscoitos ou bolachas ou bolo	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
f. Frutas ou suco natural de frutas	L01706	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	L01714	n. Doces, balas ou outros alimentos com açúcar	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
g. Sucos artificiais	L01707	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	L01715	o. Refrigerantes	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
h. Verduras / legumes	L01708	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	L01716	p. Outros	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não

(Se b, c, d, e, ... , p todos iguais a 2, siga L18. Caso contrário, passe L19)

<p>L18. Desde que ___ nasceu, tomou ou comeu outro alimento que não leite de materno? L018</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> </tr> </table> <p>(siga L19)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<p>L19. Alguma vez ___ recebeu Sulfato Ferroso? L019</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> </tr> </table> <p>(siga L21)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<p>L21. Foi realizado o teste do pezinho? L021</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> <td><input type="checkbox"/> 3. Não sabe / Não lembra</td> </tr> </table> <p>(Se L21 = 1, siga L22. Se L21 = 2 ou 3, passe L24)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Não sabe / Não lembra
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não								
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não								
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Não sabe / Não lembra							

L22. Quando foi realizado o teste do pezinho? **L022**

1. Até o 5º dia após o nascimento 3. A partir do 31º dia após o nascimento
2. Do 6º ao 30º dia após o nascimento 4. Não sabe / Não lembra

(Se L22 = 1 ou 2, siga L23. Se L22 = 3 ou 4, passe L24)

L23. Quanto tempo depois da realização do teste do pezinho, recebeu o resultado? **L023**

1. Até 15 dias 3. Não recebeu o resultado
2. Após 15 dias 4. Não sabe / Não lembra

(siga L24)

L24. Foi realizado o teste da orelhinha? **L024**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(Se L24 = 1, siga L25. Se L24 = 2 ou 3, passe L27)

L25. Quando foi realizado o teste da orelhinha? **L025**

1. Até o 2º dia após o nascimento 4. Após 3 meses do nascimento
2. Do 3º ao 30º dia após o nascimento 5. Não sabe / Não lembra
3. Do 31º dia até 3 meses após o nascimento

(Se L25 = 1 ao 4, siga L26. Se L25 = 5, passe L27)

L26. Quanto tempo depois da realização do teste da orelhinha você recebeu o resultado? **L026**

1. Em menos de 15 dias 5. Em 3 meses ou mais
2. De 15 dias a menos de 1 meses 6. Não recebeu resultado
3. De 1 mês a menos de 2 meses 7. Não sabe / Não lembra
4. De 2 meses a menos de 3 meses

(siga L27)

L27. Foi realizado o teste do olhinho? **L027**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(Se L27 = 1, siga L28. Se L27 = 2 ou 3, passe L30)

L28. O teste do olhinho foi realizado nas primeiras 24 horas de vida? **L028**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(Se L28 = 1 ou 2, siga L29. Se L28 = 3, passe L30)

L29. Recebeu o resultado do teste do olhinho na hora em que o exame foi realizado? **L029**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(siga L30)

L30. Foi realizado o teste do coraçãozinho? **L030**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(Se L30 = 1, siga L31. Se L30 = 2 ou 3, passe L35)

L31. O teste do coraçãozinho foi realizado entre 24 e 48 horas de vida quando ele(a) ainda estava na maternidade? **L031**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(Se L31 = 1 ou 2, siga L32. Se L31 = 3, passe L35)

L32. Recebeu o resultado do teste do coraçãozinho realizado? **L032**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(Se L32 = 1, siga L33. Se L32 = 2 ou 3, passe L35)

L33. O teste do coraçãozinho realizado deu resultado alterado? **L033**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(Se L33 = 1, siga L34. Se L33 = 2 ou 3, passe L35)

L34. Fez exame complementar? **L034**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(siga L35)

L35. Recebeu o cartão de vacinação ou caderneta de saúde da criança? **L035**

1. Sim (siga L36) 2. Não (passe L42)

Entrevistador: solicite o cartão de vacinação ou caderneta de saúde da criança.

L36. O(A) morador(a) mostrou a caderneta de saúde da criança? **L036**

1. Mostrou o cartão /caderneta (siga L37) 2. Não mostrou o cartão /caderneta (passe L42)

L37. Vacina Penta (também chamada de Pentavalente, DTP / Hib / HB)

L037

1. Nenhuma dose / Nenhuma dose registrada 5. Reforço 1
 2. Uma dose 6. Reforço 2
 3. Duas doses 7. Registro não está legível
 4. Três doses

(siga L38)

L38. Vacina Poliomielite (também chamada de gotinha, VIP, VOP, PÓLIO, ANTIPÓLIO, POLIOMIELITE, SABIN) **L038**

1. Nenhuma dose / Nenhuma dose registrada 5. Reforço 1
 2. Uma dose 6. Reforço 2
 3. Duas doses 7. Registro não está legível
 4. Três doses

(siga L39)

L39. Vacina Pneumocócica (também chamada de Pneumo 10, Pneumo 13, PCV10, PCV13) **L039**

1. Nenhuma dose / Nenhuma dose registrada 4. Reforço
 2. Uma dose 5. Registro não está legível
 3. Duas doses

(siga L40)

L40. Vacina Tríplice Viral (também chamada de SCR, TRIVIRAL, TV, MMR) **L040**

1. Nenhuma dose / Nenhuma dose registrada 3. Duas doses
 2. Uma dose 4. Registro não está legível

(siga L42)

L42. O informante desta parte foi: **L042**

1. A mãe da criança 2. O pai da criança
 3. Outro morador 4. Não morador

(Encerre Módulo L)

CAMPO DE OBSERVAÇÃO

QUESTIONÁRIO DO MORADOR SELECIONADO

O adulto selecionado entre os moradores do domicílio com 15 anos ou mais de idade deve responder, individualmente, a esta parte do questionário

Atenção: Apenas no caso do indivíduo selecionado não ter condições de responder por motivo de saúde, física ou mental, solicite a outra pessoa para responder pelo indivíduo selecionado.

Módulo M- Características do trabalho e apoio social

<p>M1. Entrevista do adulto selecionado M001</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Realizada</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Recusa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Morador não encontrado</p> <p>(Se M1 = 1, siga M2. Caso contrário, encerre o questionário)</p>	<p>M2. Identificação da mãe do morador selecionado M002</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mãe moradora</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Mãe não moradora</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga M2a)</p>
<p>M2a. Morador selecionado está apto para responder? (Morador apto é aquele capaz de responder (falar) por si próprio) M00203</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se M2a = 2, siga M3a. Se M2a = 1 e E11 = 1 ao 3, passe M3b. Se M2a = 1 e E11 = ignorado, passe M14a.) (Se E11 = branco, passe M14a.)</p>	
<p>M3a. O informante desta parte é: M00302</p> <p><input type="checkbox"/> 1. A pessoa moradora <input type="checkbox"/> 2. Não morador</p>	

Agora, vou lhe fazer algumas perguntas sobre o trabalho que tinha na semana ___/___/___ a ___/___/___ (semana de referência)

(Se E11 = 1 ao 3, siga M3b. Se E11 não tiver sido preenchido, passe M14a.)
As questões M3b a M11a devem ser respondidas apenas pelas pessoas ocupadas

<p>M3b. Normalmente, quantos dias na semana o(a) Sr(a) se desloca(va) de casa para o(s) trabalho(s)? M00303</p> <p><input type="text"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Não desloca <input type="checkbox"/> 8. Não sabe / Não lembra</p> <p>(Se M3b = 0 ou 8, passe M5c. Caso contrário, siga M4a.)</p>
<p>M4a. Quanto tempo o(a) Sr(a) gasta(va), normalmente, por dia, no deslocamento para o(s) seu(s) trabalho(s), considerando ida e volta?</p> <p>M00401 M00402</p> <p><input type="text"/> Horas <input type="text"/> Minutos</p> <p>(siga M5c)</p>

<p>M5c. No(s) seu(s) trabalho(s), habitualmente, o(a) Sr(a) trabalha(va) algum período de tempo entre as 8 horas da noite e às 5 horas da manhã? M005010</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga M5d) <input type="checkbox"/> 2. Não (passe M9)</p>
--

<p>M5d. Quantas horas trabalha(va) por dia, habitualmente, no período de 8 horas da noite e 5 horas da manhã?</p> <p>M005011</p> <p><input type="text"/> Horas</p> <p>(siga M6a)</p>

<p>M6a. Com que frequência, habitualmente o(a) Sr(a) trabalha(va) em horário entre 8 horas da noite e 5 horas da manhã em algum dos seus trabalhos? M00601</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 vez por mês <input type="checkbox"/> 4. 2 a 3 vezes por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 1 a 3 vezes por mês <input type="checkbox"/> 5. 4 vezes por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 6. 5 vezes ou mais por semana</p> <p>(siga M7)</p>
--

M7. Em algum dos seus trabalhos, o(a) Sr(a) trabalha(va) em regime de turnos ininterruptos, isto é, por 24 horas seguidas? **M007**

1. Sim (siga M8) 2. Não (passe M9)

M8. Com que frequência o(a) Sr(a) trabalha(va) por 24 horas seguidas? **M008**

1. Menos de 1 vez por mês 4. 2 a 3 vezes por semana
 2. 1 a 3 vezes por mês 5. 4 vezes por semana
 3. 1 vez por semana 6. 5 vezes ou mais por semana

(siga M9)

M9. O(a) Sr(a) normalmente trabalha(va) em ambientes: **M009**

1. Fechados 2. Abertos 3. Ambos

(Se M9 = 1 ou 3, siga M10a. Se M9 = 2, passe M11a.)

M10a. Nos últimos 30 dias, alguém fumou no mesmo ambiente fechado onde o(a) Sr(a) trabalha(va)(todos os trabalhos)? **M01001**

1. Sim 2. Não

(siga M11a)

M11a. No(s) seu(s) trabalho(s), o(a) Sr(a) está(estava) exposto(a) a algum destes fatores que podem afetar a sua saúde?

a. Manuseio de substâncias químicas (agrotóxicos, gasolina, diesel, formol, chumbo, mercúrio, cromo, quimioterápicos etc.) **M01101** 1. Sim 2. Não (siga M11021) e. Manuseio de resíduos urbanos (lixo) **M01105** 1. Sim 2. Não (siga M11061)

b. Exposição a ruído (barulho intenso) **M01102** 1. Sim 2. Não (siga M11031) f. Exposição a material biológico (sangue, agulhas, secreções) **M01106** 1. Sim 2. Não (siga M11071)

c. Exposição longa ao sol **M01103** 1. Sim 2. Não (siga M11041) g. Exposição à poeira mineral pó de mármore, de areia, de brita, de vidro (sílica), de amianto (asbestos), de ferro ou aço **M01107** 1. Sim 2. Não (siga M14a)

d. Manuseio de material radioativo (transporte, recebimento, armazenagem, trabalho com raio-X) **M01104** 1. Sim 2. Não (siga M11051)

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo

M14a. Com quantos familiares ou parentes ___ pode contar em momentos bons ou ruins? **M01401**

0. Nenhum 2. Dois
 1. Um 3. Três ou mais

(siga M15a)

M15a. Com quantos amigos próximos ___ pode contar em momentos bons ou ruins?(Sem considerar os familiares ou parentes)? **M01501**

0. Nenhum 2. Dois
 1. Um 3. Três ou mais

(siga M16a)

M16a. Nos últimos doze meses, com que frequência o(a) Sr(a) se reuniu com outras pessoas para prática de atividades esportivas, exercícios físicos, recreativos ou artísticos? **M01601**

1. Mais de uma vez por semana 4. Algumas vezes no ano
 2. Uma vez por semana 5. Uma vez no ano
 3. De 2 a 3 vezes por mês 6. Nenhuma vez

(siga M17a)

M17a. Nos últimos doze meses, com que frequência o(a) Sr(a) participou de reuniões de grupos como associações de moradores ou funcionários, movimentos sociais/comunitários, centros acadêmicos ou similares? **M01701**

1. Mais de uma vez por semana 4. Algumas vezes no ano
 2. Uma vez por semana 5. Uma vez no ano
 3. De 2 a 3 vezes por mês 6. Nenhuma vez

(siga M18a)

M18a. Nos últimos doze meses, com que frequência o(a) Sr(a) fez trabalho voluntário não remunerado? **M01801**

1. Mais de uma vez por semana 4. Algumas vezes no ano

2. Uma vez por semana 5. Uma vez no ano

3. De 2 a 3 vezes por mês 6. Nenhuma vez

(siga M19a)

M19a. Nos últimos doze meses, com que frequência o(a) Sr(a) compareceu a atividades coletivas da sua religião ou de outra religião? (Sem contar com situações como casamento, batizado ou enterro) **M01901**

1. Mais de uma vez por semana 4. Algumas vezes no ano

2. Uma vez por semana 5. Uma vez no ano

3. De 2 a 3 vezes por mês 6. Nenhuma vez

(Encerre Módulo M)

Módulo N - Percepção do estado de saúde

N1. Em geral, como o(a) Sr(a) avalia a sua saúde? **N001**

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

(siga N1a)

N1a. Considerando saúde como um estado de bem-estar físico e mental, e não somente a ausência de doenças, como você avalia o seu estado de saúde? **N00101**

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim

(Se G59 = 1, siga N10. Se G59 = 2, siga N4)

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? **N004**

1. Sim 2. Não

(siga N5)

N5. Quando o(a) Sr(a) caminha em lugar plano, em velocidade normal, sente dor ou desconforto no peito? **N005**

1. Sim 2. Não

(Se N4 = 2 e N5 = 2, passe 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 N7a)

N7a. Quando o(a) Sr(a) para, o que acontece com a dor ou desconforto no peito? **N00701**

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 geralmente sente essa dor/desconforto no peito? **N008**

1. Acima ou no meio do peito 3. Braço esquerdo

2. Abaixo do peito 4. Outro (

(siga N10)

Entrevistador leia: Agora vamos falar sobre situações que podem ter incomodado o(a) Sr(a) nas duas últimas semanas, diferentes do que habitualmente ocorrem.

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? **N010**

1. Nenhum dia 3. Mais da metade dos dias

2. Menos da metade dos dias 4. Quase todos os dias

(siga N11)

<p>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?</p> <p style="text-align: center;">N011</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia <input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias <input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p style="text-align: center;">(siga N12)</p>	<p>N12. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) Sr(a) teve pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas?</p> <p style="text-align: center;">N012</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia <input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias <input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p style="text-align: center;">(siga N13)</p>
<p>N13. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) Sr(a) teve problemas para se concentrar nas suas atividades habituais?</p> <p style="text-align: center;">N013</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia <input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias <input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p style="text-align: center;">(siga N14)</p>	<p>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?</p> <p style="text-align: center;">N014</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia <input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias <input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p style="text-align: center;">(siga N15)</p>
<p>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)?</p> <p style="text-align: center;">N015</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia <input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias <input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p style="text-align: center;">(siga N16)</p>	<p>N16. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) Sr(a) se sentiu deprimido(a), "pra baixo" ou sem perspectiva?</p> <p style="text-align: center;">N016</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia <input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias <input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p style="text-align: center;">(siga N17)</p>
<p>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?</p> <p style="text-align: center;">N017</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia <input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias <input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p style="text-align: center;">(siga N18)</p>	<p>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?</p> <p style="text-align: center;">N018</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia <input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias <input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p style="text-align: center;">(Encerre o Módulo N)</p>

Módulo O - Acidentes

<p>O1a. Atualmente, o(a) Sr(a) dirige automóvel (inclusive táxi, aplicativos de transporte e similares)?</p> <p style="text-align: center;">O00101</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga O4a) <input type="checkbox"/> 2. Não (passe O4b)</p>	<p>O4a. Com que frequência o(a) Sr(a) usa cinto de segurança quando dirige automóvel (inclusive táxi, aplicativos de transporte e similares)?</p> <p style="text-align: center;">O00401</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sempre <input type="checkbox"/> 4. Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Quase sempre <input type="checkbox"/> 5. Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Às vezes</p> <p style="text-align: center;">(siga O4b)</p>
<p>O4b. Com que frequência o(a) Sr(a) usa cinto de segurança quando anda no banco da frente como passageiro de automóvel (inclusive táxi, aplicativos de transporte e similares)?</p> <p style="text-align: center;">O00402</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca anda no banco da frente <input type="checkbox"/> 4. Às vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sempre <input type="checkbox"/> 5. Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Quase sempre <input type="checkbox"/> 6. Nunca</p> <p style="text-align: center;">(siga O5a)</p>	<p>O5a. Com que frequência o(a) Sr(a) usa cinto de segurança quando anda no banco de trás de automóvel (inclusive táxi, aplicativos de transporte e similares)?</p> <p style="text-align: center;">O00501</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca anda no banco de trás <input type="checkbox"/> 4. Às vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sempre <input type="checkbox"/> 5. Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Quase sempre <input type="checkbox"/> 6. Nunca</p> <p style="text-align: center;">(siga O2a)</p>
<p>O2a. Atualmente, o(a) Sr(a) dirige motocicleta?</p> <p style="text-align: center;">O00201</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga O7a) <input type="checkbox"/> 2. Não (passe O8a)</p>	
<p>O7a. Com que frequência o(a) Sr(a) usa capacete quando dirige motocicleta?</p> <p style="text-align: center;">O00701</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sempre <input type="checkbox"/> 4. Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Quase sempre <input type="checkbox"/> 5. Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Às vezes</p> <p style="text-align: center;">(siga O8a)</p>	

O8a. Com que frequência o(a) Sr(a) usa capacete quando anda como passageiro de motocicleta?

1. Nunca anda como passageiro de motocicleta **O00801** 4. Às vezes
 2. Sempre 5. Raramente
 3. Quase sempre 6. Nunca

(Se O1a = 2 e O2a = 2, passe O9. Caso contrário, siga O8b.)

O8b. Com que frequência o(a) Sr(a) manuseia o celular durante a condução de moto ou automóvel (inclusive táxi, aplicativos de transporte e similares)?

1. Sempre **O00802** 4. Raramente
 2. Quase sempre 5. Nunca
 3. Às vezes

(siga O8c)

O8c. Com que frequência o(a) Sr(a) conduz moto ou automóvel (inclusive táxi, aplicativos de transporte e similares acima da velocidade da via)?

O00803

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

(siga O9)

Entrevistador leia: Agora vamos falar sobre acidentes de trânsito, ocorridos nos últimos doze meses, seja como pedestre, condutor ou passageiro em qualquer tipo de veículo terrestre

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

O009

O00901

1. Sim - Quantos 2. Não

(Se O9 = 1 siga O10. Se O9 = 2 e E11 = 1 ao 3, passe O21. Caso contrário, encerre Módulo O)

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 O11a)

ATENÇÃO: Nos próximos quesitos, se houver mais de um acidente de trânsito nos últimos doze meses, considere o mais grave

O11a. Durante o acidente de trânsito ocorrido nos últimos doze meses, o(a) Sr(a) era: **O1102**

01. Condutor(a) de automóvel inclusive táxi, aplicativos de transporte e similares
 02. Condutor(a) de ônibus
 03. Condutor(a) de caminhão
 04. Condutor(a) de motocicleta
 05. Condutor(a) de bicicleta
 06. Passageiro(a) de automóvel (inclusive táxi, aplicativos de transporte e similares)
 07. Passageiro(a) de ônibus
 08. Passageiro(a) de caminhão
 09. Passageiro(a) de motocicleta
 10. Passageiro(a) de bicicleta
 11. Pedestre
 12. Outro

(siga O14a)

O14a. Por causa deste acidente de trânsito o(a) Sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à escola etc.)?

1. Sim **O1401** 2. Não

(siga O15a)

O15a. Para este acidente de trânsito o(a) Sr(a) recebeu algum tipo de atendimento de saúde?

1. Sim (siga O16a) **O1501** 2. Não (passe O21)

CAMPO DE OBSERVAÇÃO

O16a. Onde o(a) Sr(a) recebeu o primeiro atendimento de saúde?

O1602

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. No local do acidente | <input type="checkbox"/> 6. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado |
| <input type="checkbox"/> 2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) | <input type="checkbox"/> 7. Pronto atendimento ou emergência de hospital privado |
| <input type="checkbox"/> 3. Policlínica pública, PAM (Posto de assistência médica) ou Centro de especialidades público | <input type="checkbox"/> 8. No domicílio |
| <input type="checkbox"/> 4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público | <input type="checkbox"/> 9. Outro |
| <input type="checkbox"/> 5. Ambulatório de hospital público | |

(Se O16a = 1, siga O17a. Se O16a = 2 ao 9, passe O19)

O17a. Quem lhe prestou atendimento no local do acidente? O01702

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. SAMU | <input type="checkbox"/> 4. Equipe de resgate da concessionária da rodovia |
| <input type="checkbox"/> 2. Bombeiros | <input type="checkbox"/> 5. Outro |
| <input type="checkbox"/> 3. Equipe de resgate do setor privado (particular ou convênio) | |

(siga O19)

O19. Por causa deste acidente de trânsito o(a) Sr(a) precisou ser internado por 24 horas ou mais? O019

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não |
|---------------------------------|---------------------------------|

(siga O20a)

O20a. O(a) Sr(a) tem alguma seqüela física permanente decorrente deste acidente de trânsito? O02001

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não |
|---------------------------------|---------------------------------|

(Se E11 = 1 ao 3, siga O21. Caso contrário encerre o Módulo O)

Entrevistador leia: Agora vamos perguntar sobre acidentes de trabalho

O21. Nos últimos doze meses o(a) Sr(a) se envolveu em algum acidente de trabalho (sem considerar os acidentes de trânsito e/ou de deslocamento para o trabalho)?

- | | |
|---|--------|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim Quantos | O02101 |
| <input type="checkbox"/> 2. Não | O021 |
| <input type="checkbox"/> 3. Não se aplica | |

(Se O21 = 1, siga O22a)(Se O21 = 2 ou 3, encerre Módulo O e passe Módulo V.)

O22a. Como consequência desse acidente de trabalho, o(a) Sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à escola, etc.)? (Se houver mais de um, considere o mais grave)

- | | |
|---------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim | O02201 |
| <input type="checkbox"/> 2. Não | |

(siga O23)

O23. Por causa deste acidente de trabalho, o(a) Sr(a) precisou ser internado por 24 horas ou mais?(Se houver mais de um, considere o mais grave)

- | | |
|---------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim | O023 |
| <input type="checkbox"/> 2. Não | |

(siga O24a)

O24a O(a) Sr(a) tem alguma seqüela física permanente decorrente desse acidente de trabalho? O02401

- | |
|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim |
| <input type="checkbox"/> 2. Não |

(Encerre Módulo O)

CAMPO DE OBSERVAÇÃO

Módulo P - Estilos de Vida

Entrevistador leia: Neste módulo, vou lhe fazer perguntas sobre o seu estilo de vida, como hábitos de alimentação, prática de atividade física uso de bebidas alcoólicas e fumo.

P1a. O(a) Sr(a) sabe seu peso? **P00102**

1. Sim, qual? **P00103** 2. Não sabe / Não lembra

Quilogramas (siga P2a)

P2a. Quanto tempo faz que o(a) sr(a) se pesou da última vez? **P00201**

1. Menos de uma semana 4. De três meses até menos de seis meses

2. De uma semana até menos de um mês 5. De seis meses ou mais

3. De um mês até menos de três meses 6. Nunca se pesou

(siga P4a)

P4a. O(a) Sr(a) sabe sua altura? **P00402**

1. Sim, qual? **P00403** 2. Não sabe / Não lembra

Centímetros (Se C006 = 1, passe P6a. Se C006 = 2, siga P5)

P5. A Sra está grávida no momento? **P005**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

(siga P6a)

Agora vamos conversar sobre sua alimentação. Vou fazer algumas perguntas sobre alimentos que você consumiu ONTEM. Vamos começar com alimentos naturais ou básicos.

P6a. Ontem, o(a) Sr(a) comeu:

a. Arroz, macarrão, polenta, cuscuz ou milho verde? **P00601** 1. Sim 2. Não (siga P00602)

b. Batata comum, mandioca/aipim/macaxeira, cará ou inhame? **P00602** 1. Sim 2. Não (siga P00603)

c. Feijão, ervilha, lentilha ou grão de bico? **P00603** 1. Sim 2. Não (siga P00604)

d. Carne de boi, porco, frango ou peixe? **P00604** 1. Sim 2. Não (siga P00605)

e. Ovo (frito, cozido ou mexido)? **P00605** 1. Sim 2. Não (siga P00607)

g. Alface, couve, brócolis, agrião ou espinafre? **P00607** 1. Sim 2. Não (siga P00608)

h. Abóbora, cenoura, batata doce ou quiabo/caruru? **P00608** 1. Sim 2. Não (siga P00609)

i. Tomate, pepino, abobrinha, berinjela, chuchu ou beterraba? **P00609** 1. Sim 2. Não (siga P00610)

j. Mamão, manga, melão amarelo ou pequi? **P00610** 1. Sim 2. Não (siga P00611)

k. Laranja, banana, maçã ou abacaxi?? **P00611** 1. Sim 2. Não (siga P00612)

l. Leite? **P00612** 1. Sim 2. Não (siga P00613)

m. Amendoim, castanha de caju ou castanha do Brasil/Pará? **P00613** 1. Sim 2. Não (siga P6b)

Agora vou fazer perguntar sobre produtos industrializados consumidos

P6b. Ontem, o(a) Sr(a) tomou ou comeu:

a. Refrigerante? **P00614** 1. Sim 2. Não (siga P00615)

b. Suco de fruta em caixinha ou lata ou refresco em pó? **P00615** 1. Sim 2. Não (siga P00616)

c. Bebida achocolatada ou iogurte com sabor? **P00616** 1. Sim 2. Não (siga P00617)

d. Salgadinho de pacote ou biscoito/bolacha salgado? **P00617** 1. Sim 2. Não (siga P00618)

e. Biscoito/bolacha doce ou recheado ou bolo de pacote? **P00618** 1. Sim 2. Não (siga P00619)

f. Sorvete, chocolate, gelatina, flan ou outra sobremesa industrializada? **P00619** 1. Sim 2. Não (siga P00620)

g. Salsinha, linguiça, mortadela ou presunto? **P00620** 1. Sim 2. Não (siga P00621)

h. Pão de forma, de cachorro-quente ou de hambúrguer? **P00621** 1. Sim 2. Não (siga P00622)

i. Margarina, maionese, ketchup ou outros molhos industrializados? **P00622** 1. Sim 2. Não (siga P00623)

j. Macarrão instantâneo, sopa de pacote, lasanha congelada ou outro prato congelado comprado pronto industrializado? **P00623** 1. Sim 2. Não (siga P6)

Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu hábito de consumo de alguns alimentos. Considere sempre o consumo médio desses alimentos

<p>P6. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer feijão? P006</p> <p><input type="text"/> <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>Dias (siga P9a)</p>	<p>P9a. Em quantos dias da semana, o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (sem contar batata, mandioca, cará ou inhame) como alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? P00901</p> <p><input type="text"/> <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>Dias (Se P9a >= 5, siga P10a. Se P9a < 5, passe P11a)</p>
<p>P10a. Em geral, o(a) Sr(a) costuma comer esse tipo de verdura ou legume: P01001</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Uma vez por dia (no almoço ou no jantar) <input type="checkbox"/> 3. Três vezes ou mais por dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Duas vezes por dia (no almoço ou no jantar)</p> <p>(siga P11a)</p>	<p>P11a. Em quantos dias da semana, o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito, bode, ovelha etc.)? P01101</p> <p><input type="text"/> <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>Dias (siga P13)</p>
<p>P13. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frango/galinha? P013</p> <p><input type="text"/> <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>Dias (siga P15)</p>	<p>P15. Em quantos dias da semana, o(a) Sr(a) costuma comer peixe? P015</p> <p><input type="text"/> <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>Dias (siga P20a)</p>
<p>P20a. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar suco de caixinha/lata ou refresco em pó? P02001</p> <p><input type="text"/> <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>Dias (Se P20a>0, siga P21a. Se P20a = 0, passe P16a.)</p>	
<p>P21a. Que tipo de suco de caixinha/lata ou refresco em pó o(a) Sr(a) costuma tomar? P02101</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Diet/Light/Zero <input type="checkbox"/> 2. Normal <input type="checkbox"/> 3. Ambos</p> <p>(siga P16a)</p>	
<p>P16a. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar suco de fruta natural (incluída a polpa de fruta congelada)? P01601</p> <p><input type="text"/> <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>Dias (siga P18)</p>	
<p>P18. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frutas? P018</p> <p><input type="text"/> <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>Dias (Se P18 >= 5, siga P19. Se P18 < 5, passe P20b)</p>	
<p>P19. Em geral, quantas vezes por dia o(a) Sr(a) come frutas? P019</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Uma vez por dia <input type="checkbox"/> 3. Três vezes ou mais por dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Duas vezes por dia</p> <p>(siga P20b)</p>	
<p>P20b. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar refrigerante? P02002</p> <p><input type="text"/> <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>Dias (Se P20b > 0, siga P21b. Se P20b = 0, passe P23)</p>	
<p>P21b. Que tipo de refrigerante o(a) Sr(a) costuma tomar? P02102</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Diet/Light/Zero <input type="checkbox"/> 2. Normal <input type="checkbox"/> 3. Ambos</p> <p>(siga P23)</p>	
<p>P23. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar leite? (de origem animal: vaca, cabra, búfala etc.) P023</p> <p><input type="text"/> <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>Dias (Se P23 > 0, siga P24a. Se P23 = 0, passe P25a)</p>	

P24a. Que tipo de leite o(a) Sr(a) costuma tomar? **P02401**

1. Desnatado ou semidesnatado 2. Integral 3. Os dois tipos

(siga P25a)

P25a. Em quantos dia da semana o(a) Sr(a) costuma comer alimentos doces como biscoito/bolacha recheado, chocolate, gelatina, balas e outros? **P02501**

Dias 0. Nunca ou menos de uma vez por semana

(siga P26b)

P26b. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma substituir a refeição do almoço por lanches rápidos como sanduíches, salgados, pizzas, cachorro quente etc.? **P02602**

Dias 0. Nunca ou menos de uma vez por semana

(siga P26a)

P26a. Considerando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados, o(a) Sr(a) acha que o seu consumo de sal é: (Leia as opções de resposta abaixo) **P02601**

1. Muito alto 4. Baixo 5. Muito baixo

2. Alto 3. Adequado

(siga P27)

Entrevistador leia: Vamos conversar agora sobre consumo de bebidas alcoólicas

P27. Com que frequência o(a) Sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica? **P027**

1. Não bebo nunca 2. Menos de uma vez por mês 3. Uma vez ou mais por mês

(Se P27 = 3, siga P28a. Se P27 = 2, passe P29. Se P27 = 1, passe P34)

P28a. Quantos dias por semana o(a) Sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica? **P02801**

Dias 0. Nunca ou menos de uma vez por semana

(siga P29)

P29. Em geral, no dia que o(a) Sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) Sr(a) consome? (uma dose de bebida alcoólica equivale a uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) **P029**

Doses

(siga P32a)

P32a. Nos últimos trinta dias, o(a) Sr(a) chegou a consumir cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião?(uma dose de bebida alcoólica equivale a uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) **P03201**

1. Sim (siga P32b) 2. Não (Se O1a = 1 ou O2a = 1, siga P30a
Se O1a = 2 e O2a = 2, passe P33a)

P32b. Quando isso ocorreu, qual foi o número máximo de doses consumido em uma única ocasião?(uma dose de bebida alcoólica equivale a uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada. Registre somente doses inteiras) **P03202**

Doses

(Se O1a = 1 ou O2a = 1, siga P30a. Se O1a = 2 e O2a = 2, passe P33a)

Entrevistador leia: Agora vou fazer algumas perguntas sobre o consumo de bebidas alcoólicas no último mês

P30a. Nos últimos doze meses, quando consumiu bebida alcoólica, o(a) Sr(a) dirigiu logo depois de beber? **P03001**

1. Sim 2. Não

(siga P33a)

P33a. Nos últimos doze meses, quantas vezes o(a) Sr(a) deixou de trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à escola, curso ou faculdade, fazer compras etc. porque bebeu demais? **P03301**

1. Nenhuma vez 4. Duas a três vezes por semana

2. Uma vez por mês ou menos 5. Quatro ou mais vezes por semana

3. Duas a quatro vezes por mês

(siga P33b)

P33b. Nos últimos doze meses, quantas vezes, depois / após ter bebido, o(a) Sr(a) não conseguiu lembrar o que aconteceu? **P03302**

1. Nenhuma vez 4. Duas a três vezes por semana

2. Uma vez por mês ou menos 5. Quatro ou mais vezes por semana

3. Duas a quatro vezes por mês

(siga P33c)

P33c. Nos últimos doze meses, algum parente, amigo ou profissional de saúde disse que você estava bebendo demais ou para você parar de beber? **P03303**

1. Não 2. Sim, em uma ocasião (siga P34) 3. Sim, em mais de uma ocasião

P34. Nos últimos três meses, o(a) Sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (não considere fisioterapia). **P034**

1. Sim (siga P35) 2. Não (Se E11 = 1 ao 3, passe P38. Caso contrário, passe ao P42.)

P35. Quantos dias por semana o(a) Sr(a) costuma (costumava) praticar exercício físico ou esporte? **P035**

Dias (Se P35 > 0, siga P37. Se P35 = 0 e E11 = 1 ao 3, passe P38. Caso contrário, siga P42) 0. Nunca ou menos de uma vez por semana

P37. Em geral, no dia que o(a) Sr(a) pratica (praticava) exercício físico ou esporte quanto tempo dura (durava) essa atividade?

P03701 **P03702**

Horas Minutos
(siga P36)

P36. Qual o exercício físico ou esporte que o(a) Sr(a) pratica(praticava) com mais frequência? (Anotar apenas o primeiro citado) **P036**

<input type="checkbox"/> 01. Caminhada (não vale para o trabalho)	<input type="checkbox"/> 06. Ginástica aeróbica/spinning/step/jump	<input type="checkbox"/> 10. Artes marciais e luta	<input type="checkbox"/> 14. Voleibol
<input type="checkbox"/> 02. Caminhada em esteira	<input type="checkbox"/> 07. Hidroginástica	<input type="checkbox"/> 11. Bicicleta ou bicicleta ergométrica	<input type="checkbox"/> 15. Tênis
<input type="checkbox"/> 03. Corrida ou cooper	<input type="checkbox"/> 08. Ginástica localizada/pilates, alongamento ou ioga	<input type="checkbox"/> 12. Futebol	<input type="checkbox"/> 16. Aula de dança
<input type="checkbox"/> 04. Corrida em esteira	<input type="checkbox"/> 09. Natação	<input type="checkbox"/> 13. Basquetebol	<input type="checkbox"/> 17. Outro
<input type="checkbox"/> 05. Musculação			

(Se E11 = 1 ao 3, siga P38. Caso contrário, passe P42)

Entrevistador leia: Agora vamos conversar sobre atividades físicas que o(a) Sr(a) faz enquanto está trabalhando (As questões P38 a P41 são dirigidas às pessoas ocupadas)

P38. No seu trabalho, o(a) Sr(a) anda bastante a pé? **P038**

1. Sim (siga P39) 2. Não

P39. No seu trabalho, o(a) Sr(a) faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade pesada que requer esforço físico intenso? **P039**

1. Sim (Se P38 = 1 ou P39 = 1, siga P39c. Se P38 = 2 e P39 = 2, passe P40) 2. Não

P39c. Em uma semana normal, em quantos dias, (o) Sr(a) anda bastante a pé ou faz essas atividades pesadas ou que requerem esforço físico no seu trabalho?

P03904

Número de dias
(Se P39c > 0, siga P39d. Se P39c = 0, passe P40)

P39d. Em um dia normal, quanto tempo o(a) Sr(a) passa andando bastante a pé ou realizando essas atividades pesadas ou que requerem esforço físico no seu trabalho?

P03905 **P03906**

Horas Minutos
(siga P40)

P40. Para ir ou voltar do trabalho, o(a) Sr(a) faz algum trajeto a pé ou de bicicleta? **P040**

1. Sim, todo o trajeto 2. Sim, parte do trajeto 3. Não
(Se P40 ≠ 3, siga P40a. Se P40 = 3, passe P42)

P40a. Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz algum trajeto a pé ou de bicicleta? **P04001**

Dias (Se P40a > 0, siga P41. Se P40a = 0, passe P42) 0. Nunca ou menos de uma vez por semana

P41. Quanto tempo o(a) Sr(a) gasta, por dia, para percorrer este trajeto a pé ou de bicicleta, considerando a ida e a volta do trabalho?

P04101 **P04102**

Horas Minutos
(siga P42)

Entrevistador leia: Agora vamos conversar sobre atividades físicas que o(a) Sr(a) faz nas suas atividades habituais

P42. Nas suas atividades habituais (tais como ir a algum curso, escola ou clube ou levar alguém a algum curso, escola ou clube), quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz alguma atividade que envolva deslocamento a pé ou de bicicleta? (Exceção o trabalho) **P042**

Dias

0. Nunca ou menos de uma vez por semana

(Se P42 > 0, siga P43. Se P42 = 0, passe P44)

P43. No dia em que o(a) Sr(a) faz essa(s) atividades, quanto tempo o(a) Sr(a) gasta, no deslocamento a pé ou de bicicleta, considerando ida e volta?

P04301

Horas

Minutos

P04302

(siga P44)

P44. Nas suas atividades domésticas, o(a) Sr(a) faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade pesada que requer esforço físico intenso? (não considerar atividade doméstica remunerada)

1. Sim (siga P44a)

P044

2. Não (passe P45a)

P44a. Em uma semana normal, nas suas atividades domésticas, em quantos dias o(a) Sr(a) faz faxina pesada ou realiza atividades que requerem esforço físico intenso? (não considerar atividade doméstica remunerada)

P04401

Número de dias

(siga P44c)

P44c. Quanto tempo gasta, por dia, realizando essas atividades domésticas pesadas ou que requerem esforço físico intenso? (não considerar atividade doméstica remunerada)

P04405

Horas

Minutos

P04406

(siga P45a)

P45a. Em média, quantas horas por dia o(a) Sr(a) costuma ficar assistindo televisão? **P04501**

1. Menos de uma hora

4. De três horas a menos de seis horas

2. De uma hora a menos de duas horas

5. Seis horas ou mais

3. De duas horas a menos de três horas

6. Não assisto televisão

(siga P45b)

P45b. Em um dia, quantas horas do seu tempo livre (excluindo o trabalho), o(a) Sr(a) costuma usar computador, *tablet* ou celular para lazer, tais como: utilizar redes sociais, para ver notícias, vídeos, jogar etc.?

1. Menos de uma hora

P04502

4. De três horas até menos de seis horas

2. De uma hora até menos de duas horas

5. Seis horas ou mais

3. De duas horas até menos de três horas

6. Não costuma usar computador, *tablet* ou celular no tempo livre

(siga P46)

Entrevistador leia: Agora vou fazer algumas perguntas sobre a existência de locais, perto de seu domicílio, para fazer atividades físicas.

P46. Perto do seu domicílio, existe algum lugar público (praça, parque, rua fechada, praia) para fazer caminhada, realizar exercício ou praticar esporte? **P046**

1. Sim

2. Não

(siga P47a)

P47a. O(a) Sr(a) conhece algum programa público de estímulo à prática de atividade física no seu município? **P04701**

1. Sim (siga P48a)

2. Não (passe P50)

P48a. O(a) Sr(a) participa desse programa público de estímulo à prática de atividade física no seu município? **P04801**

1. Sim (passe P50)

2. Não (siga P49a)

P49a. Qual o principal motivo de não participar? **P04902**

1. Não é perto do meu domicílio

4. O espaço não é seguro / iluminado

2. O horário de funcionamento do programa é incompatível com minhas atividades de trabalho ou domésticas

5. Problemas de saúde ou incapacidade física

3. Não tem interesse nas atividades oferecidas

6. Outro

(siga P50)

Agora vamos conversar um pouco sobre fumo de cigarros ou de outros produtos do tabaco que são fumados tais como cigarros de palha ou enrolados a mão, cigarros de cravo ou de Bali, cachimbos, cigarrilhas, narguilé ou cachimbos d'água etc. (Por favor, NÃO RESPONDA sobre produtos de tabaco que NÃO fazem fumaça como rapé e fumo para mascar. NÃO CONSIDERE também, cigarros de maconha.)

<p>P50. Atualmente, o(a) Sr(a) fuma algum produto do tabaco? P050</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, diariamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, menos que diariamente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não fumo atualmente</p> <p>(Se P50 = 1, passe P53. Se P50 = 2, siga P51. Se P50 = 3, passe P52.)</p>	<p>P51. E no passado, o(a) Sr(a) fumou algum produto do tabaco diariamente? P051</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (passe P53)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (passe P54)</p>	<p>P52. E no passado, o(a) Sr(a) fumou algum produto do tabaco? (Leia as opções de resposta) P052</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, diariamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, menos que diariamente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nunca fumei</p> <p>(Se P52 = 1, siga P53. Se P52 = 2, passe P58. Se P52 = 3, passe P67.)</p>	<p>P53. Que idade o(a) Sr(a) tinha quando começou a fumar produto do tabaco diariamente? P053</p> <p><input type="text"/></p> <p>Anos</p> <p>(Se P52 = 1, passe P58. Caso contrário, siga P54.)</p>
--	---	---	--

CAMPO DE OBSERVAÇÃO

P54. Em média, quantos dos seguintes produtos o(a) sr(a) fuma por dia ou por semana atualmente?

<p>a. Cigarros industrializados? P05401</p> <p>P05402</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia <input type="text"/> Quantos por dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana P05403 <input type="text"/> Quantos por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</p> <p>(siga P54b)</p>	<p>b. Cigarros de palha ou enrolados a mão? P05404</p> <p>P05405</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia <input type="text"/> Quantos por dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana P05406 <input type="text"/> Quantos por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</p> <p>(siga P54c)</p>
--	---

<p>c. Cigarros de cravo ou de Bali? P05407</p> <p>P05408</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia <input type="text"/> Quantos por dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana P05409 <input type="text"/> Quantos por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</p> <p>(siga P54d)</p>	<p>d. Cachimbos (considere cachimbos cheios)? P05410</p> <p>P05411</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia <input type="text"/> Quantos por dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana P05412 <input type="text"/> Quantos por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</p> <p>(siga P54e)</p>
---	---

<p>e. Charutos ou cigarrilhas? P05413</p> <p>P05414</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia <input type="text"/> Quantos por dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana P05415 <input type="text"/> Quantos por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</p> <p>(siga P54f)</p>	<p>f. Narguilé (sessões)? P05416</p> <p>P05417</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia <input type="text"/> Quantos por dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana P05418 <input type="text"/> Quantos por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</p> <p>(siga P54g)</p>
--	---

<p>g. Outro? P05419</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia P05421 <input type="text"/> Quantos por dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana P05422 <input type="text"/> Quantos por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</p> <p>(Se P50 = 1, siga P55. Se P50 = 2 e P54a #5, passe P57a Se P50 = 2 e P54a = 5, passe P59a.)</p>

<p>P55. Quanto tempo depois de acordar o(a) Sr(a) normalmente fuma pela primeira vez? P055</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Até cinco minutos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De seis a 30 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> 3. De 31 a 60 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mais de 60 minutos</p> <p>(Se P54 item a = 5, passe P59a. Caso contrário, siga P57a.)</p>

<p>CAMPO DE OBSERVAÇÃO</p>

P61a. Durante os últimos doze meses, quando o(a) Sr(a) tentou parar de fumar, usou aconselhamento por profissional de saúde, incluindo unidades de saúde que oferecem tratamento para parar de fumar?

P06101

1. Sim (siga P61b) 2. Não (passe P61d)

P61b. O(a) Sr(a) pagou algum valor por esse aconselhamento?

P06102

1. Sim (siga P61c) 2. Não (passe P61d)

P61c. Esse aconselhamento foi feito pelo SUS?

P06103

1. Sim 2. Não
(siga P61d)

P61d. Durante os últimos doze meses, quando o(a) Sr(a) tentou para de fumar, usou medicamento(s) que auxilia(m) as pessoas no processo de deixar de fumar, tais como: adesivo, pastilha, spray, inalador, goma de mascar, bupropiona, champix / vareniclina, nortriptilina, Clonidina etc.?

P06104

1. Sim 2. Não
(Se P61d = 1, siga P61e. Se P61d = 2 e P61a = 2, passe P63a. Se P61d = 2 e P61a = 1, passe P67)

P61e. O(a) Sr(a) pagou algum valor por esse(s) medicamento(s)?

P06105

1. Sim (siga P61f) 2. Não passe P67

P61f. Algum desses medicamentos foi obtido em serviço público de saúde?

P06106

1. Sim, todos 2. Sim, alguns 3. Não, nenhum
(passe P67)

P63a. Durante os últimos doze meses, por que o(a) Sr(a) não usou nem aconselhamento nem medicamento para tentar parar de fumar?

P06302

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. A consulta está marcada, mas ainda não foi realizada | <input type="checkbox"/> 6. O plano de saúde não cobria o tratamento |
| <input type="checkbox"/> 2. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande | <input type="checkbox"/> 7. O serviço de saúde era distante ou teve dificuldade de transporte |
| <input type="checkbox"/> 3. Não conseguiu marcar | <input type="checkbox"/> 8. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas |
| <input type="checkbox"/> 4. Não sabia quem procurar ou onde ir | <input type="checkbox"/> 9. Não quis/Estou tentando para sem ajuda de médico ou outro profissional de saúde |
| <input type="checkbox"/> 5. Estava com dificuldades financeiras | <input type="checkbox"/> 10. Outro |

(passe P67)

Entrevistador leia: A próxima pergunta é sobre o uso de tabaco que não fazem fumaça, como fumo para mascar ou para aspirar **NÃO CONSIDERE** o uso de cocaína e outras drogas.

P67. ATUALMENTE, o(a) Sr(a) masca fumo, usa rapé ou algum outro produto do tabaco que não faz fumaça?

P067

1. Sim, diariamente 2. Sim, menos que diariamente 3. Não usa
(siga P67a)

A próxima pergunta é sobre o uso de aparelhos eletrônicos com nicotina líquida ou folha de tabaco picado, tais como cigarro eletrônico, cigarro aquecido ou outro dispositivo eletrônico para fumar ou vaporizar. **NÃO CONSIDERE** o uso de aparelhos eletrônicos em que são utilizados produtos diferentes da nicotina líquida ou folha de tabaco picado (e.g., maconha).

P67a. O(a) Sr(a) usa aparelhos eletrônicos com nicotina líquida ou folha de tabaco picado (cigarro eletrônico, narguilé eletrônico, cigarro aquecido ou outro dispositivo Eletrônico para fumar ou vaporizar)?

P06701

1. Sim, diariamente 3. Não, mas já usei no passado
 2. Sim, menos do que diariamente 4. Nunca usei
(siga P68)

Entrevistador leia: As próximas perguntas são sobre fumo no domicílio e propagandas de cigarros

P68. Com que frequência alguém fuma dentro do seu domicílio?

P068

1. Diariamente 2. Semanalmente 3. Mensalmente 4. Menos que mensalmente 5. Nunca
(siga P69)

P69. Nos últimos trinta dias, o(a) Sr(a) viu alguma propaganda ou anúncio de cigarros nos pontos de venda de cigarros? **P069**

1. Sim

2. Não

3. Não sabe /
Não lembra

(siga P69a)

P69a. Nos últimos trinta dias, o(a) Sr(a) viu alguma propaganda ou anúncio de cigarros na Internet, incluindo redes sociais (*Facebook, Instagram, Twitter, WhatsApp, YouTube, Snapchat* etc.)? **P06901**

1. Sim

2. Não

3. Não sabe /
Não lembra

(siga P70a)

P70a. Nos últimos trinta dias, o(a) Sr(a) viu ou ouviu informações sobre os riscos de fumar cigarros ou que estimulem a parar de fumar nos seguintes meios de comunicação?

a. Nos jornais ou revistas? **P07004**

1. Sim

2. Não

3. Não sabe /
Não lembra

(siga P07005)

b. Na televisão? **P07005**

1. Sim

2. Não

3. Não sabe /
Não lembra

(siga P07006)

c. No rádio? **P07006**

1. Sim

2. Não

3. Não sabe /
Não lembra

(siga P07007)

d. Na Internet, incluindo redes sociais (*Facebook, Instagram, Twitter, WhatsApp, YouTube, Snapchat* etc.)?

1. Sim **P07007**

2. Não

3. Não sabe /
Não lembra

(siga P71a)

P71a. Nos últimos trinta dias, viu alguma foto ou advertência sobre os riscos de fumar nos maços de cigarros? **P07101**

1. Sim

2. Não

3. Não sabe /
Não lembra

(Se P71a = 2 ou 3, encerre o Módulo P. Se P71a = 1 e P50 = 1 ou 2, siga P72. Se P71a = 1 e P50 = 3, encerre o Módulo P.)

P72a. Nos últimos trinta dias, as advertências nos maços de cigarro que o(a) Sr (a) viu ou levaram a pensar em parar de fumar? **P07201**

1. Sim

2. Não

(Encerre o Módulo P)

CAMPO DE OBSERVAÇÃO

Módulo Q - Doenças Crônicas

Q1a. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) teve sua pressão arterial medida?

Q00101

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Menos de 6 meses | <input type="checkbox"/> 4. De 2 anos a menos de 3 anos |
| <input type="checkbox"/> 2. De 6 meses a menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> 5. 3 anos ou mais |
| <input type="checkbox"/> 3. De 1 ano a menos de 2 anos | <input type="checkbox"/> 6. Nunca |

(Se Q1a = 1 a 5, siga Q2a. Se Q1a = 6, passe ao Q29a.)

Q2a. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?

Q00201

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim (Se Q2a = 1 e mulher, siga Q2b.
Se Q2a = 1 e homem, siga Q3) | <input type="checkbox"/> 2. Não (Se Q2a = 2, passe Q29a) |
|---|--|

Q2b. Essa hipertensão arterial (pressão alta) ocorreu apenas durante algum período de gravidez?

Q00202

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim (passe Q29a) | <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q3) |
|--|---|

Q3. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?

Q003

Anos

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano |
|--|

(siga Q4a)

Q4a. O(A) Sr(a) vai ao médico /serviço de saúde regularmente para acompanhamento da hipertensão arterial (pressão alta)?

Q00401

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim, regularmente | <input type="checkbox"/> 3. Nunca vai ao médico para acompanhamento da hipertensão arterial |
| <input type="checkbox"/> 2. Não, só quando tem algum problema | |

(Se Q4a = 2 ou 3, siga Q5a. Se Q4a = 1, passe Q5b)

Q5a. Qual o principal motivo do(a) Sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente para acompanhamento da hipertensão arterial (pressão alta)?

Q00502

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. O serviço de saúde é distante ou tem dificuldade de transporte | <input type="checkbox"/> 7. Não sabe quem procurar ou aonde ir |
| <input type="checkbox"/> 2. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande | <input type="checkbox"/> 8. Não tem quem o(a) acompanhe |
| <input type="checkbox"/> 3. Tem dificuldades financeiras | <input type="checkbox"/> 9. O serviço de saúde não tem médico ou não funciona regularmente |
| <input type="checkbox"/> 4. Não acha necessário | <input type="checkbox"/> 10. A pressão está controlada |
| <input type="checkbox"/> 5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas | <input type="checkbox"/> 11. Outro |
| <input type="checkbox"/> 6. Não conseguiu marcar consulta pelo plano | |

(siga Q5b)

Q5b. Algum médico já lhe receitou algum medicamento para a hipertensão arterial (pressão alta)?

Q00503

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga Q6a) | <input type="checkbox"/> 2. Não (passe Q11a) |
|--|--|

Q6a. Nas duas últimas semanas, o(a) Sr(a) tomou os medicamentos para controlar a hipertensão arterial (pressão alta)?

Q00601

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim, todos | <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns | <input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum |
|--|---|---|

(Se Q6a = 1, passe Q8a. Se Q6a = 2 ou 3, siga Q6b)

Q6b. Qual o principal motivo para o(a) Sr(a) não ter tomado os medicamentos receitados para a hipertensão arterial (pressão alta)? **Q00602**

<input type="checkbox"/> 1. Não conseguiu obter no serviço público de saúde	<input type="checkbox"/> 5. Não tinha dinheiro para comprar
<input type="checkbox"/> 2. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no "Aqui tem Farmácia Popular"	<input type="checkbox"/> 6. Não achou necessário
<input type="checkbox"/> 3. A farmácia era distante ou teve dificuldade de transporte	<input type="checkbox"/> 7. Não precisa mais tomar medicamentos Porque a pressão está controlada
<input type="checkbox"/> 4. Não conseguiu encontrar todos os medicamentos para comprar na farmácia	<input type="checkbox"/> 8. Outro

(Se Q6a = 2, siga Q8a. Se Q6a = 3, passe Q11a.)

Q8a. Algum dos medicamentos para hipertensão arterial foi obtido no "Aqui tem farmácia popular"? **Q00801**

<input type="checkbox"/> 1. Sim, todos (passe Q10)	<input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns (siga Q9)	<input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum (siga Q9)
--	---	---

Q9. Algum dos medicamentos para hipertensão arterial foi obtido no serviço público de saúde? **Q009**

<input type="checkbox"/> 1. Sim, todos	<input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns (siga Q10)	<input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum
--	--	---

Q10. O(a) Sr(a) pagou algum valor pelos medicamentos? **Q010**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q11a)
---------------------------------	---

Q11a. Quando foi a última que (o) Sr(a) recebeu atendimento médico por causa da hipertensão arterial? **Q01101**

<input type="checkbox"/> 1. Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 4. De 2 anos a menos de 3 anos
<input type="checkbox"/> 2. De 6 meses e menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5. 3 anos ou mais
<input type="checkbox"/> 3. De 1 ano e menos de 2 anos	<input type="checkbox"/> 6. Nunca

(Se Q11a = 1 a 4, siga Q12a. Se Q11a = 5 ou 6, passe Q28.)

Q12a. Na última vez que recebeu atendimento médico para hipertensão arterial, onde o(a) Sr(a) foi atendido? **Q01202**

<input type="checkbox"/> 1. Farmácia	<input type="checkbox"/> 6. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado
<input type="checkbox"/> 2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	<input type="checkbox"/> 7. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
<input type="checkbox"/> 3. Policlínica pública, PAM (posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público	<input type="checkbox"/> 8. No domicílio
<input type="checkbox"/> 4. UPA (Unidade de pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto socorro ou emergência de hospital público	<input type="checkbox"/> 9. Outro serviço
<input type="checkbox"/> 5. Ambulatório de hospital público	(siga Q14)

Q14. O(a) Sr(a) pagou algum valor por este atendimento? **Q014**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q15)
---------------------------------	--

Q15. Esse atendimento foi feito pelo SUS? **Q015**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Não sabe
---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

(siga Q16)

Q16. Na última consulta, o médico que o(a) atendeu era o mesmo das consultas anteriores? **Q016**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q17)
---------------------------------	--

Q17. Na última consulta, o médico viu os exames das consultas passadas? **Q017**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 3. Não, pois não tinha realizado exames
<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q18a)

CAMPO DE OBSERVAÇÃO

Q18a. Em algum desses atendimentos para hipertensão, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?

a. Orientações para manter uma alimentação saudável **Q018010**

1. Sim 2. Não

(siga Q018011)

e. Não fumar **Q018014**

1. Sim 2. Não

(siga Q018015)

b. Manter o peso adequado **Q018011**

1. Sim 2. Não

(siga Q018012)

f. Não beber em excesso **Q018015**

1. Sim 2. Não

(siga Q018016)

c. Ingerir menos sal **Q018012**

1. Sim 2. Não

(siga Q018013)

g. Fazer acompanhamento regular com profissional de saúde **Q018016**

1. Sim 2. Não

(siga Q018017)

d. Praticar atividade física regular **Q018013**

1. Sim 2. Não

(siga Q018014)

h. Fazer uso de acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, meditação, yoga, *tai chi chuan, liang gong* ou alguma outra prática integrativa e complementar **Q018017**

1. Sim 2. Não

(siga Q19a)

Q19a. Em algum desses atendimentos para hipertensão arterial foi pedido:

a. Exame de sangue (colesterol, glicemia, triglicerídeos) **Q01910**

1. Sim 2. Não

a1. Realizou o exame? **Q019101**

1. Sim 2. Não

3. Não, mas está marcado

(siga Q01911)

b. Exame de urina **Q01911**

1. Sim 2. Não

b1. Realizou o exame? **Q019111**

1. Sim 2. Não

3. Não, mas está marcado

(siga Q01912)

c. Eletrocardiograma **Q01912**

1. Sim 2. Não

c1. Realizou o exame? **Q019121**

1. Sim 2. Não

3. Não, mas está marcado

(siga Q01913)

d. Teste de esforço **Q01913**

1. Sim 2. Não

d1. Realizou o exame? **Q019131**

1. Sim 2. Não

3. Não, mas está marcado

(siga Q22)

Q22. Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial, houve encaminhamento para alguma consulta com médico especialista, tais como cardiologista ou nefrologista?

1. Sim

Q022

3. Não houve encaminhamento, pois, todas as consultas para hipertensão foram com médico especialista

2. Não

(Se Q22 = 1, siga Q23a. Se Q22 = 2 ou 3, passe Q26.)

Q23a. O(a) Sr(a) foi às consultas com o médico especialista?

Q02301

1. Sim, todas

2. Sim, algumas

3. Não, nenhuma

(siga Q26)

Q26. Alguma vez o(a) Sr(a) se internou por causa da hipertensão ou de alguma complicação?

Q026

1. Sim (siga Q27a)

2. Não (passe Q28)

Q27a. Há quanto tempo foi a última internação por causa da hipertensão ou de alguma complicação?

Q02701

1. Menos de 6 meses

4. De 2 anos a menos de 3 anos

2. De 6 meses a menos de 1 ano

5. 3 anos ou mais

3. De 1 ano a menos de 2 anos

(siga Q28)

Q28. Em geral, em que grau a hipertensão ou alguma complicação da hipertensão limita as suas atividades habituais (*como trabalhar, estudar, realizar afazeres domésticos, etc*)?

Q028

1. Não limita

4. Intensamente

2. Um pouco

5. Muito intensamente

3. Moderadamente

(siga Q29a)

Q29a. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) fez exame de sangue para medir a glicemia, isto é, o açúcar no sangue? **Q02901**

1. Menos de 6 meses 4. De 2 anos a menos de 3 anos

2. De 6 meses a menos de 1 ano 5. 3 anos ou mais

3. De 1 ano a menos de 2 anos 6. Nunca fez

(Se Q29a = 1 a 5, siga Q30a. Se Q29a = 6, passe Q59.)

Q30a. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes? **Q03001**

1. Sim (Se Q30a = 1 e mulher, siga Q30b. Se homem, passe Q31) 2. Não (Se Q30a = 2, passe Q59)

Q30b. Esse diabetes ocorreu apenas durante algum período da gravidez? **Q03002**

1. Sim (passe Q59). 2. Não (siga Q31)

Q31. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de diabetes? **Q031**

 0. Menos de 1 ano

Anos (siga Q32a)

Q32a. O(a) Sr(a) vai ao médico /serviço de saúde regularmente para acompanhamento da diabetes? **Q03201**

1. Sim, regularmente 3. Nunca vai ao médico para acompanhamento do diabetes

2. Não, só quando tem algum problema

(Se Q32a = 1 passe Q33b. Se Q32a = 2 ou 3, siga Q33a)

Q33a. Qual o principal motivo do(a) Sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente para acompanhamento do diabetes? **Q03302**

1. O local de atendimento é distante ou tem dificuldade de transporte 5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas 9. O serviço de saúde não tem médico ou não funciona regularmente

2. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande 6. Não conseguiu marcar consulta pelo plano de saúde 10. O diabetes está controlado

3. Dificuldades financeiras 7. Não sabe quem procurar ou aonde ir 11. Outro

4. Não acha necessário 8. Não tem quem o(a) acompanhe

(siga Q33b)

Q33b. Algum médico já lhe receitou algum medicamento oral para o diabetes? **Q03303**

1. Sim (siga Q34c). 2. Não (passe Q38a1)

Q34c. Nas duas últimas semanas, por causa do diabetes, o(a) Sr(a) tomou os medicamentos orais para baixar o açúcar? **Q03403**

1. Sim, todos (passe Q36a) 2. Sim, alguns (siga Q34d) 3. Não, nenhum (siga Q34d)

Q34d. Qual o principal motivo para ___ não ter tomado os medicamentos orais receitados para controlar o diabetes? **Q03404**

1. Não conseguiu obter no serviço público de saúde 5. Não tinha dinheiro para comprar

2. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no "Aqui tem Farmácia Popular" 6. Não achou necessário

3. A farmácia era distante ou teve dificuldade de transporte 7. Não precisa mais tomar medicamentos porque o diabetes está controlada

4. Não conseguiu encontrar todos os medicamentos para comprar na farmácia 8. Outro

(Se Q34c = 2, siga Q36a. Se Q34c = 3, passe Q38a1)

Q36a. Algum dos medicamentos orais para diabetes foi obtido no "Aqui Tem Farmácia Popular"? **Q03601**

1. Sim, todos (passe Q38a) 2. Sim, alguns (siga Q37a) 3. Não, nenhum (siga Q37a)

Q37a. Algum dos medicamentos orais para diabetes foi obtido em serviço público de saúde? **Q03701**

1. Sim, todos 2. Sim, alguns 3. Não, nenhum

(siga Q38a)

Q38a. O(a) Sr(a) pagou algum valor pelos medicamentos orais para diabetes? **Q03801**

1. Sim 2. Não

(siga Q38a1)

Q38a1. Algum médico já lhe receitou insulina para controlar o diabetes? **Q03802**

1. Sim (siga Q38a3) 2. Não (passe Q39a)

Q38a3. Nas duas últimas semanas, por causa do diabetes, usou a insulina prescrita na última prescrição? **Q03803**

1. Sim (passe Q38a5) 2. Não (siga Q38a4)

Q38a4. Qual o principal motivo de ___ não ter usado a insulina para controlar o diabetes? **Q03804**

1. Não conseguiu obter no serviço público de saúde 5. Não tinha dinheiro para comprar

2. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no "Aqui tem Farmácia Popular" 6. Não achou necessário

3. A farmácia era distante ou teve dificuldade de transporte 7. Não precisa mais tomar porque o diabetes está controlado sem insulina

4. Não conseguiu encontrar insulina para comprar na farmácia 8. Outro

(passe Q39a)

Q38a5. A insulina foi obtida no Aqui tem Farmácia Popular (PFP)? **Q03805**

1. Sim (passe Q38a7) 2. Não (siga Q38a6)

Q38a6. A insulina foi obtida em serviço público de saúde? **Q03806**

1. Sim 2. Não

(siga Q38a7)

Q38a7. O(a) Sr(a) pagou pela insulina para controlar o diabetes? **Q03807**

1. Sim 2. Não

(siga Q39a)

Q39a. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) recebeu atendimento médico por causa do diabetes? **Q03901**

1. Menos de 6 meses 4. De 2 anos a menos de 3 anos

2. De 6 meses a menos de 1 ano 5. 3 anos ou mais

3. De 1 ano a menos de 2 anos 6. Nunca fez

(Se Q39a = 1 ao 4, siga Q40a. Se Q39a = 5 ou 6, passe Q58.)

Q40a. Na última vez que recebeu atendimento médico para diabetes, onde o(a) Sr(a) foi atendido? **Q04002**

1. Farmácia 6. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado

2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) 7. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado

3. Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público 8. No domicílio

4. UPA (Unidade de pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto socorro ou emergência de hospital público 9. Outro serviço

5. Ambulatório de hospital público

(siga Q42)

Q42. O(a) Sr(a) pagou algum valor por este atendimento?(Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou mas teve reembolso total, marque a opção 2) **Q042**

1. Sim 2. Não

(siga Q43)

Q43. Esse atendimento foi feito pelo SUS? **Q043**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe/ Não lembra

(siga Q44)

Q44. Na última consulta, o médico que o(a) atendeu era o mesmo das consultas anteriores? **Q044**

1. Sim 2. Não

(siga Q45)

Q45. Na última consulta, o médico viu os exames das consultas passadas? **Q045**

1. Sim 3. Não, pois não tinha realizado exames

2. Não

(siga Q46a)

Q46a. Em algum desses atendimentos para diabetes, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?

a. Orientações para manter uma alimentação saudável **Q046011**

1. Sim 2. Não
(siga Q046012)

g. Evitar o consumo de açúcar, bebidas açucaradas e doces **Q046017**

1. Sim 2. Não
(siga Q046018)

b. Manter o peso adequado **Q046012**

1. Sim 2. Não
(siga Q046013)

h. Medir a glicemia em casa **Q046018**

1. Sim 2. Não
(siga Q046019)

c. Praticar atividade física regular **Q046013**

1. Sim 2. Não
(siga Q046014)

i. Examinar os pés regularmente **Q046019**

1. Sim 2. Não
(siga Q046020)

d. Não fumar **Q046014**

1. Sim 2. Não
(siga Q046015)

j. Fazer uso de acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, meditação, yoga, *tai chi chuan, liang gong* ou alguma outra prática integrativa e complementar

1. Sim 2. Não **Q046020**
(siga Q046021)

e. Não beber em excesso **Q046015**

1. Sim 2. Não
(siga Q046016)

k. Fazer acompanhamento regular com profissional de saúde **Q046021**

1. Sim 2. Não
(siga Q047a)

f. Diminuir o consumo da massas e pães **Q046016**

1. Sim 2. Não
(siga Q046017)

Q47a. Em algum desses atendimentos para diabetes foi pedido algum exame?

a. Glicemia (açúcar no sangue) **Q04707**

1. Sim 2. Não

a1. Realizou o exame? **Q047071**

1. Sim 2. Não 3. Não, mas está marcado
(siga Q04708)

b. Hemoglobina glicada **Q04708**

1. Sim 2. Não

b1. Realizou o exame? **Q047081**

1. Sim 2. Não 3. Não, mas está marcado
(siga Q04709)

c. Curva glicêmica **Q04709**

1. Sim 2. Não

c1. Realizou o exame? **Q047091**

1. Sim 2. Não 3. Não, mas está marcado
(siga Q04710)

d. Exame de urina **Q04710**

1. Sim 2. Não

d1. Realizou o exame? **Q047101**

1. Sim 2. Não 3. Não, mas está marcado
(siga Q04711)

e. Colesterol e / ou triglicerídeos **Q04711**

1. Sim 2. Não

e1. Realizou o exame? **Q047111**

1. Sim 2. Não 3. Não, mas está marcado
(siga Q050)

Q50. Em algum dos atendimentos para diabetes, houve encaminhamento para alguma consulta com médico especialista, tal como cardiologista, endocrinologista, nefrologista ou oftalmologista?

1. Sim 2. Não 3. Não houve encaminhamento, pois, todas as consultas para diabetes foram com médico especialista
Q050
(Se Q50 = 1, siga Q51a. Se Q50 = 2 ou 3, passe Q53a.)

Q51a. O(a) Sr(a) foi às consultas com médico especialista?

1. Sim, todas 2. Sim, algumas 3. Não, nenhum
Q05101

(siga Q53a)

Q53a. Quando foi a última vez que realizaram um exame de vista ou fundo de olho em que dilataram sua pupila? **Q05301**

<input type="checkbox"/> 1. Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 4. De 2 anos a menos de 3 anos
<input type="checkbox"/> 2. De 6 meses a menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5. 3 anos ou mais
<input type="checkbox"/> 3. De 1 ano a menos de 2 anos	<input type="checkbox"/> 6. Nunca fez

(siga Q54a)

Q54a. Quando foi a última vez que um médico ou profissional de saúde examinou seus pés para verificar sensibilidade ou presença de feridas ou irritações? **Q05401**

<input type="checkbox"/> 1. Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 4. De 2 anos a menos de 3 anos
<input type="checkbox"/> 2. De 6 meses a menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5. 3 anos ou mais
<input type="checkbox"/> 3. De 1 ano a menos de 2 anos	<input type="checkbox"/> 6. Nunca teve os pés examinados

(siga Q55a)

Q55a. O(a) Sr(a) tem ou teve alguma destas complicações por causa do diabetes?

a. Problemas na vista Q055011	d. Úlcera/ferida nos pés ou amputação de membros(pés, pernas,mãos ou braços) Q055014
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
(siga Q055012)	(siga Q055015)
b. Infarto ou AVC(Acidente Vascular cerebral) /derrame ou outro problema circulatório Q055012	e. Coma diabético Q055015
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
(siga Q055013)	(siga Q055016)
c. Problemas nos rins Q055013	f. Outro Q055016
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
(siga Q055014)	(siga Q056)

Q56. Alguma vez o(a) Sr(a) se internou por causa do diabetes ou de alguma complicação? **Q056**

<input type="checkbox"/> 1. Sim (siga Q57a)	<input type="checkbox"/> 2. Não (passe Q58)
---	---

Q57a. Há quanto tempo foi a última internação por causa do diabetes ou de alguma complicação? **Q05701**

<input type="checkbox"/> 1. Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 4. De 2 anos a menos de 3 anos
<input type="checkbox"/> 2. De 6 meses a menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5. 3 anos ou mais
<input type="checkbox"/> 3. De 1 ano a menos de 2 anos	

(siga Q58)

Q58. Em geral, em que grau o diabetes ou alguma complicação do diabetes limita as suas atividades habituais (tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.)? **Q058**

<input type="checkbox"/> 1. Não limita	<input type="checkbox"/> 4. Intensamente
<input type="checkbox"/> 2. Um pouco	<input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente
<input type="checkbox"/> 3. Moderadamente	

(siga Q59a)

Q59a. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) fez exame de sangue para medir o colesterol e triglicérides? **Q05901**

<input type="checkbox"/> 1. Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 4. De 2 anos a menos de 3 anos
<input type="checkbox"/> 2. De 6 meses a menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5. 3 anos ou mais
<input type="checkbox"/> 3. De 1 ano a menos de 2 anos	<input type="checkbox"/> 6. Nunca fez

(Se Q59a = 1 ao 5, siga Q60. Se Q59a = 6, passe Q63)

Q60. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de colesterol alto? **Q060**

<input type="checkbox"/> 1. Sim (siga Q61)	<input type="checkbox"/> 2. Não (passe Q63a)
--	--

Q61. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de colesterol alto? **Q061**

<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano
--	--

Anos (siga Q62a)

Q62a. Em algum atendimentos para colesterol alto, o médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?

a. Manter uma alimentação saudável **Q06207**

1. Sim 2. Não

(siga Q06208)

d. Tomar medicamentos **Q06210**

1. Sim 2. Não

(siga Q06211)

b. Manter o peso adequado **Q06208**

1. Sim 2. Não

(siga Q06209)

e. Não fumar **Q06211**

1. Sim 2. Não

(siga Q06212)

c. Praticar atividade física regular **Q06209**

1. Sim 2. Não

(siga Q06210)

f. Fazer acompanhamento regular com profissional de saúde **Q06212**

1. Sim 2. Não

(siga Q063a)

Q63a. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tal como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra? **Q06306**

1. Sim 2. Não

(Se Q063 = 2, passe Q68. Caso contrário, siga para os itens abaixo.)

a. Infarto **Q06307**

1. Sim 2. Não

(siga Q06308)

d. Arritmia **Q06310**

1. Sim 2. Não

(siga Q063011)

b. Angina **Q06308**

1. Sim 2. Não

(siga Q06309)

e. Outra **Q06311**

1. Sim 2. Não

(siga Q064)

c. Insuficiência cardíaca **Q06309**

1. Sim 2. Não

(siga Q06310)

Q64. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico da doença do coração? **Q064**

Anos

0. Menos de 1 ano

(siga Q065a)

Q65a. O que o(a) Sr(a) faz atualmente por causa da doença do coração?

a. Dieta **Q06506**

1. Sim 2. Não

(siga Q06507)

c. Tomar medicamentos regularmente **Q06508**

1. Sim 2. Não

(siga Q06509)

b. Praticar atividade física regular **Q06507**

1. Sim 2. Não

(siga Q06508)

d. Faz acompanhamento regular com um profissional de saúde **Q06509**

1. Sim 2. Não

(siga Q066a)

Q66a. O(a) Sr(a) já fez alguma cirurgia de ponte de safena ou cateterismo com colocação de stent ou angioplastia? **Q06601**

1. Sim 2. Não

(siga Q067)

Q67. Em geral, em que grau a doença do coração limita as suas atividades habituais (tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.)? **Q067**

1. Não limita 4. Intensamente
 2. Um pouco 5. Muito intensamente
 3. Moderadamente

(siga Q068)

Q68. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou derrame? **Q068**

1. Sim (siga Q70) 2. Não (passe Q74)

Q70. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico do derrame (ou AVC)? **Q070**

Anos

0. Menos de 1 ano

(siga Q072a)

Q72a. O que o(a) Sr(a) faz atualmente por causa do derrame (ou AVC)?

a. Dieta **Q07208**

1. Sim 2. Não
(siga Q07209)

d. Toma aspirina regularmente **Q07211**

1. Sim 2. Não
(siga Q07212)

b. Fisioterapia **Q07209**

1. Sim 2. Não
(siga Q07210)

e. Toma outros medicamentos **Q07212**

1. Sim 2. Não
(siga Q07213)

c. Outras terapias de reabilitação **Q07210**

1. Sim 2. Não
(siga Q07211)

f. Fazer acompanhamento regular com profissional de saúde **Q07213**

1. Sim 2. Não
(siga Q073)

Q73. Em geral, em que grau o derrame (ou AVC) limita as suas atividades habituais (*tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.*)? **Q073**

1. Não limita 4. Intensamente

2. Um pouco 5. Muito intensamente

3. Moderadamente
(siga Q074)

Q74. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de asma (ou bronquite asmática)? **Q074**

1. Sim (siga Q75) 2. Não (passe Q79)

Q75. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de asma? **Q075**

0. Menos de 1 ano
(siga Q076)


Anos

Q76. Nos últimos doze meses, o(a) Sr(a) teve alguma crise de asma? **Q076**

1. Sim (siga Q76a) 2. Não (passe Q78)

Q76a. Algum médico já lhe receitou algum medicamento para asma (ou bronquite asmática)? **Q07601**

1. Sim (siga Q77a) 2. Não (passe Q78)

Q77a. Nas duas últimas semanas o(a) Sr(a) usou os medicamentos orais por causa da asma (ou bronquite asmática)? **Q07704**

1. Sim, todos 2. Sim, alguns 3. Não, nenhum
(Se Q77a = 1 ou 2, siga Q77b. Se Q77a = 3 siga Q77e)

Q77b. Algum dos medicamentos orais para asma (ou bronquite asmática) foi obtido no "Aqui tem Farmácia Popular"? **Q07705**

1. Sim, todos 2. Sim, alguns 3. Não, nenhum
(Se Q77b = 1, passe Q77d. Se Q77b = 2 ou 3 siga Q77c)

Q77c. Algum dos medicamentos orais para asma (ou bronquite asmática) foi obtido no em serviço público de saúde? **Q07706**

1. Sim, todos 2. Sim, alguns 3. Não, nenhum
(siga Q77d)

Q77d. O(a) Sr(a) pagou algum valor pelos medicamentos orais para asma? **Q07707**

1. Sim 2. Não
(siga Q77e)

Q77e. Nas duas últimas semanas o(a) Sr(a) usou aerossóis (bombinha) por causa da asma (ou bronquite asmática)? **Q07708**

1. Sim (siga Q77f) 2. Não (passe Q78)

Q77f. Algum dos aerossóis (bombinha) para asma (ou bronquite asmática) foi obtido no "Aqui tem Farmácia Popular"? **Q07709**

1. Sim, todos 2. Sim, alguns 3. Não, nenhum
(Se Q77f = 1, passe Q77h. Se Q77f = 2 ou 3 siga Q77g)

Q77g. Algum dos aerossóis (bombinha) para asma (ou bronquite asmática) foi obtido em serviço público de saúde? **Q07710**

1. Sim, todos 2. Sim, alguns 3. Não, nenhum
(siga Q77h)

<p>Q77h. O (a) Sr(a) pagou algum valor pelos aerossóis (bombinha) para asma?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga Q078)</p>	<p>Q07711</p>
<p>Q78. Em geral, em que grau a asma limita as suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.</i>)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não limita <input type="checkbox"/> 4. Intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Moderadamente</p> <p style="text-align: center;">(siga Q079)</p>	<p>Q078</p>
<p>Q79. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de artrite ou reumatismo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga Q80) <input type="checkbox"/> 2. Não (passe Q84)</p>	<p>Q079</p>
<p>Q80. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de artrite ou reumatismo?</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-left: 5px;">Anos</div> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p style="text-align: center;">(siga Q081a)</p>	<p>Q080</p>
<p>Q81a. Em algum dos atendimentos para artrite ou reumatismo, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?</p>	
<p>a. Praticar atividade física regular Q08107</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga Q08108)</p>	<p>d. Fazer uso de acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, meditação, yoga, tai chi chuan ou alguma outra prática integrativa e complementar Q08110</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga Q08111)</p>
<p>b. Fazer fisioterapia Q08108</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga Q08109)</p>	<p>e. Fazer acompanhamento regular com profissional de saúde Q08111</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga Q082)</p>
<p>c. Usar medicamentos ou injeções Q08109</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga Q08110)</p>	
<p>Q82. O (a) Sr(a) já fez alguma cirurgia por causa da artrite ou reumatismo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga Q083)</p>	<p>Q082</p>
<p>Q83. Em geral, em que grau a artrite ou reumatismo limita as suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.</i>)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não limita <input type="checkbox"/> 4. Intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Moderadamente</p> <p style="text-align: center;">(siga Q084)</p>	<p>Q083</p>
<p>Q84. 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?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim (siga Q85) <input type="checkbox"/> 2. Não (passe Q88)</p>	<p>Q084</p>
<p>Q85. Que idade o(a) Sr(a) tinha quando começou o problema de coluna?</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-left: 5px;">Anos</div> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p style="text-align: center;">(siga Q086a)</p>	<p>Q085</p>
<p>Q86a. O que o(a) Sr(a) faz atualmente por causa do problema na coluna?</p>	
<p>a. Praticar exercícios regularmente Q08607</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga Q08608)</p>	<p>d. Faz uso de acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, meditação, yoga, tai chi chuan ou alguma outra prática integrativa e complementar Q08610</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga Q08611)</p>
<p>b. Fazer fisioterapia Q08608</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga Q08609)</p>	<p>e. Faz acompanhamento regular com profissional de saúde Q08611</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga Q087)</p>
<p>c. Usa medicamentos ou injeções Q08609</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga Q08610)</p>	

Q87. Em geral, em que grau o problema de coluna limita as suas atividades habituais (*tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.*)? **Q087**

1. Não limita 4. Intensamente
 2. Um pouco 5. Muito intensamente
 3. Moderadamente (siga Q088)

Q88. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de DORT (*distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho*)? **Q088**

1. Sim (siga Q89a) 2. Não (passe Q92)

Q89a. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de DORT? **Q08901**

Anos

0. Menos de 1 ano
(siga Q090a)

Q90a. Em algum dos atendimentos para DORT, algum médico ou profissional de saúde lhe deu algumas dessas recomendações?

a. Praticar atividade física regularmente **Q09007**

1. Sim 2. Não
(siga Q09008)

d. Fazer uso de acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, meditação, Yoga, *Tai chi chuan* ou alguma outra prática integrativa e complementar

1. Sim 2. Não **Q09010**
(siga Q09011)

b. Fazer fisioterapia **Q09008**

1. Sim 2. Não
(siga Q09009)

e. Fazer acompanhamento regular com profissional de saúde **Q09011**

1. Sim 2. Não
(siga Q091)

c. Usar medicamentos ou injeções **Q09009**

1. Sim 2. Não
(siga Q09010)

Q91. Em geral, em que grau o DORT limita as suas atividades habituais (*tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.*)? **Q091**

1. Não limita 4. Intensamente
 2. Um pouco 5. Muito intensamente
 3. Moderadamente (siga Q092)

Q92. Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de depressão? **Q092**

1. Sim (siga Q92a) 2. Não (passe Q110a)

Q92a. Algum médico já lhe receitou algum medicamento para depressão? **Q09201**

1. Sim 2. Não 3. Não Sabe / Não Lembra
(siga Q92b)

Q92b. Nas duas últimas semanas o(a) Sr(a) usou algum medicamento para depressão? **Q09202**

1. Sim, todos 3. Não, nenhum
 2. Sim, alguns 4. Não sabe / Não respondeu
(siga Q093a)

Q93a. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de depressão? **Q09301**

Anos

0. Menos de 1 ano
(siga Q094a)

Q94a. O(a) Sr(a) vai ao médico / serviço de saúde regularmente por causa da depressão ou só quando tem algum problema? **Q094**

1. Sim 3. Nunca vai
 2. Não, só quando tem algum problema

(Se Q94a = 1, passe Q96a. Se Q94a = 2 ou 3, siga Q95a)

Q95a. Qual o principal motivo do(a) Sr(a) não visitar o médico / serviço de saúde regularmente por causa da depressão? **Q09502**

1. Não está mais deprimido 4. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande 7. Não conseguiu marcar consulta pelo plano de saúde
 2. O serviço de saúde é distante ou tem dificuldades de transporte 5. Tem dificuldade financeiras 8. Não sabe quem procurar ou aonde ir
 3. Não tem ânimo 6. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas 9. Outro
(siga Q096a)

Q96a. Quais tratamentos o(a) Sr(a) faz atualmente por causa da depressão?

a. Faz psicoterapia **Q09605**

1. Sim 2. Não

(siga Q09606)

c. Fazer uso de acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, meditação, yoga, tai chi chuan, liang long ou alguma outra prática integrativa e complementar

1. Sim 2. Não

Q09607

(Se Q9606 = 2, passe Q101a. Caso contrário, siga Q98)

b. Toma medicamentos **Q09606**

1. Sim 2. Não

(siga Q09607)

Q98. Algum dos medicamentos para depressão foi obtido em serviço público de saúde?

Q098

1. Sim, todos 2. Sim, alguns 3. Não, nenhum

(siga Q100)

Q100. O (a) Sr(a) pagou algum valor pelos medicamentos?

Q100

1. Sim 2. Não

(siga Q101a)

Q101a. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) recebeu atendimento médico por causa da depressão?

Q10101

1. Menos de 6 meses 4. De 2 anos a menos de 3 anos
 2. De 6 meses a menos de 1 ano 5. 3 anos ou mais
 3. De 1 ano a menos de 2 anos 6. Nunca recebeu

(Se Q101a = 1 ao 4, siga Q102a. Se Q101a = 5 ou 6, passe Q109)

Q102a. Na última vez que recebeu assistência médica para depressão, onde o(a) Sr(a) foi atendido?

Q010202

1. Farmácia 6. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado
 2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) 7. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
 3. Policlínica pública, PAM (posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público 8. No domicílio
 4. UPA (Unidade de pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto socorro ou emergência de hospital público 9. Outro
 5. Ambulatório de hospital público

(siga Q104)

Q104. O (a) Sr(a) pagou algum valor por esse atendimento? (Entrevistador: Se o(a) entrevistado (a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque opção 2)?

1. Sim 2. Não

Q104

(siga Q105)

Q105. Esse atendimento foi feito pelo SUS? **Q105**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(siga Q106)

Q106. Em algum dos atendimentos para depressão, houve encaminhamento para algum acompanhamento com profissional de saúde mental, como psiquiatra ou psicólogo?

1. Sim 3. Não houve encaminhamento, pois, todas as consultas para depressão foram com profissional de saúde mental

Q106

(Se Q106 = 1, siga Q107a. Se Q106 = 2 ou 3, passe Q109.)

Q107a. O (a) Sr(a) conseguiu ir às consultas com profissional especialista de saúde mental?

Q10701

1. Sim, todas 2. Sim, algumas 3. Não nenhuma

(siga Q109)

Q109. Em geral, em que grau a depressão limita as suas atividades habituais (tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.)?

Q109

1. Não limita 4. Intensamente
 2. Um pouco 5. Muito intensamente
 3. Moderadamente

(siga Q110a)

Q110a. Algum médico ou profissional de saúde (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de outra doença mental, como transtorno de ansiedade, síndrome do pânico, esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo) etc.?

Q11006

1. Sim 2. Não

(Se Q110a = 2, passe Q116a. Caso contrário, siga para os itens abaixo.)

a. Esquizofrenia Q11007

1. Sim 2. Não

(siga Q11008)

c. TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo) Q11009

1. Sim 2. Não

(siga Q11010)

b. Transtorno bipolar Q11008

1. Sim 2. Não

(siga Q11009)

d. Outro Q11010

1. Sim 2. Não

(siga Q111)

Q111. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de doença mental?

Q111

Anos

0. Menos de 1 ano

(siga Q112a)

Q112a. O(a) Sr(a) visita o médico / serviço de saúde regularmente por causa dessa doença mental ou só quando tem algum problema?

1. Sim 3. Não, só quando tenho algum problema

Q11201

2. Não (siga Q114a)

Q114a. Quais tratamentos o(a) Sr(a) faz atualmente por causa da doença mental.?

a. Faz psicoterapia Q11405

1. Sim 2. Não

(siga Q11406)

c. Fazer uso de acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, meditação, yoga, tai chi chuan ou alguma outra prática integrativa e complementar Q11407

1. Sim 2. Não

(siga Q11408)

b. Usa medicamentos ou injeções Q11406

1. Sim 2. Não

(siga Q11407)

d. Faz acompanhamento regular com profissional de saúde Q11408

1. Sim 2. Não

(siga Q115)

Q115. Em geral, em que grau essa(s) doença(s) mental(is) limitam(m) as suas atividades habituais (*tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.*)? Q115

1. Não limita 4. Intensamente

2. Um pouco 5. Muito intensamente

3. Moderadamente (siga Q116a)

Q116a. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma outra doença crônica no pulmão, tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)? Q11604

1. Sim 2. Não

(Se Q116a = 2, passe Q120. Caso contrário, siga para os itens abaixo.)

a. Enfisema pulmonar Q11605

1. Sim 2. Não

(siga Q11606)

c. Outro Q11607

1. Sim 2. Não

(siga Q117a)

b. Bronquite crônica Q11606

1. Sim 2. Não

(siga Q11607)

Q117a. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico dessa(s) doença(s) no pulmão?

Q11701

Anos

0. Menos de 1 ano

(siga Q118a)

Q118a. O que o(a) Sr(a) faz atualmente por causa da doença no pulmão?

a. Usa medicamentos (inaladores, aerossol ou comprimidos) Q11806

1. Sim 2. Não

(siga Q11807)

c. Fisioterapia respiratória Q11808

1. Sim 2. Não

(siga Q11809)

b. Usa oxigênios Q11807

1. Sim 2. Não

(siga Q11808)

d. Faz acompanhamento regular com profissional de saúde Q11809

1. Sim 2. Não

(siga Q119)

Q119. Em geral, em que grau a doença do pulmão limita as suas atividades habituais (*tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.*)? **Q119**

1. Não limita 4. Intensamente
 2. Um pouco 5. Muito intensamente
 3. Moderadamente

(siga Q120)

Q120. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de câncer?

Q120

1. Sim (siga Q121a) 2. Não (passe Q124)

Q121a. Foi um diagnóstico de câncer de pele?

Q12102

1. Sim (siga Q121b) 2. Não (passe Q121c)

Q121b. O câncer de pele diagnosticado foi do tipo melanoma?

Q12103

1. Sim 2. Não 3. Não sei

(siga Q121c)

Q121c. O(a) Sr(a) tem ou teve diagnóstico de outro câncer?

a. Pulmão **Q12104**

1. Sim 2. Não

(siga Q12105)

h. Bexiga **Q121011**

1. Sim 2. Não

(siga Q121012)

b. Cólon e reto (intestino) **Q12105**

1. Sim 2. Não

(siga Q12106)

i. Linfoma ou leucemia **Q121012**

1. Sim 2. Não

(siga Q121013)

c. Estômago **Q12106**

1. Sim 2. Não

(siga Q12107)

j. Cérebro **Q121013**

1. Sim 2. Não

(siga Q121014)

d. Mama (só para mulheres) **Q12107**

1. Sim 2. Não

(siga Q12108)

k. Ovário (só para mulheres) **Q121014**

1. Sim 2. Não

(siga Q121015)

e. Colo de útero (só para mulheres) **Q12108**

1. Sim 2. Não

(siga Q12109)

l. Tireoide **Q121015**

1. Sim 2. Não

(siga Q121016)

f. Próstata (só para homens) **Q12109**

1. Sim 2. Não

(siga Q121010)

m. Outro **Q121016**

1. Sim 2. Não

g. Boca, Orofaringe ou Laringe **Q121010**

1. Sim 2. Não

(siga Q121011)

(Se Q12103 = 1 ou Q12104 = 1 ou Q12105 = 1 ou Q12106 = 1 ou Q12107 = 1 ou Q12108 = 1 ou Q12109 = 1 ou Q121010 = 1 ou Q121011 = 1 ou Q121012 = 1 ou Q121013 = 1 ou Q121014 = 1 ou Q121015 = 1 ou Q121016 = 1), siga Q122a. Caso contrário, passe Q124.)

Q122a. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de câncer (exceto o câncer de pele não melanoma)?

Q12201

Anos

0. Menos de 1 ano

(siga Q123a)

Q123a. Em geral, seu tratamento, ou algum problema provocado pelo câncer, limita as suas atividades profissionais ou habituais (*tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.*)?

1. Não limita 4. Intensamente
 2. Um pouco 5. Muito intensamente
 3. Moderadamente

Q12301

(siga Q124)

Q124. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de insuficiência renal crônica?

Q124

1. Sim (siga Q125) 2. Não (passe Q128)

Q125. Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de insuficiência renal crônica?

Q125

Anos

0. Menos de 1 ano

(siga Q125a)

Q125a. O(a) Sr(a) fez transplante de rim, por causa da insuficiência renal crônica?

1. Sim

Q12501

2. Não

(siga Q126a)

Q126a. O que o(a) Sr(a) faz por causa da insuficiência renal crônica?

a. Toma medicamentos **Q12607**

1. Sim

2. Não

(siga Q12608)

c. Diálise peritoneal **Q12609**

1. Sim

2. Não

(siga Q12610)

b. Hemodiálise **Q12608**

1. Sim

2. Não

(siga Q12609)

d. Faz acompanhamento regular com profissional de saúde **Q12610**

1. Sim

2. Não

(siga Q127)

Q127. Em geral, em que grau a insuficiência renal crônica limita as suas atividades habituais (*tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.*)? **Q127**

1. Não limita

4. Intensamente

2. Um pouco

5. Muito intensamente

3. Moderadamente

(siga Q128)

Q128. Algum médico já lhe deu algum diagnóstico de outra doença crônica (física ou mental), ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração)? **Q128**

1. Sim

2. Não

(siga Q132)

Q132. Nas últimas duas semanas, o(a) Sr(a) fez uso de algum medicamento para dormir? **Q132**

1. Sim (siga Q133)

2. Não (Encerre o Módulo Q. Se mulher, passe ao Módulo R. Se homem, passe ao Módulo U)

Q133. Nas últimas duas semanas, por quantos dias usou o medicamento para dormir? **Q133**

--	--

Dias

(siga Q134)

Q134. O medicamento que o(a) Sr(a) usa(usou) para dormir foi receitado por médico? **Q134**

1. Sim

2. Não

(Encerre o Módulo Q).

Módulo R – Saúde da Mulher (Mulheres de 15 anos ou mais de idade)

Vamos fazer perguntas sobre a sua saúde e exames preventivos

R1a. Quando foi a última vez que a Sra fez um exame preventivo para câncer de colo do útero? **R00101**

1. Há menos de 1 ano

4. Há 3 anos ou mais

2. De 1 ano a menos de 2 anos

5. Nunca fez

3. De 2 anos a menos de 3 anos

(Se R1a = 1 ao 3, passe R4. Se R1a = 4 ou 5, siga R2a.)

R2a. Qual o principal motivo da Sra não ter feito um exame preventivo nos últimos três anos? **R002010**

1. Nunca teve relações sexuais

8. O serviço de saúde era distante ou teve dificuldade de transporte

2. Não acha necessário

9. O horário de funcionamento do serviço era incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas

3. Tem vergonha

10. Não conseguiu marcar consulta pelo plano de saúde

4. Não foi orientada para fazer o exame

11. Esta marcado, mas ainda não realizou

5. Não sabe quem procurar ou aonde ir

12. Fez cirurgia de retirada do útero / histerectomia

6. Tem dificuldades financeiras

13. Outro

7. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande

(Se R1a = 5, passe R13. Se R1a = 4, siga R4)

<p>R4. A Sra pagou algum valor pelo último exame preventivo para câncer do colo do útero? R004</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga R5)</p>	
<p>R5. O último exame preventivo para câncer do colo do útero foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)? R005</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe / Não lembrai</p> <p style="text-align: center;">(siga R6a)</p>	
<p>R6a. Quanto tempo depois de ter realizado o último exame preventivo a Sra recebeu o resultado? R00601</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 mês depois <input type="checkbox"/> 5. Ainda não recebi</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De 1 mês a menos de 3 meses depois <input type="checkbox"/> 6. Nunca recebi</p> <p><input type="checkbox"/> 3. De 3 meses e menos de 6 meses depois <input type="checkbox"/> 7. Nunca fui buscar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 6 meses ou mais depois</p> <p style="text-align: center;">(Se R6a = 1 ao 4, siga R7. Se R6a = 5 ao 7, passe R10.)</p>	
<p>R7. Após receber o resultado do exame, a Sra foi encaminhada a alguma consulta com ginecologista ou outro médico especialista? R007</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 3. Não houve encaminhamento, pois, todas as minhas consultas por este motivo foram com médico especialista</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se R7 = 1, siga R8. Se R7 = 2 ou 3, passe R10.)</p>	
<p>R8. A Sra foi à consulta? R008</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se R8 = 2, siga R9a. Se R8 = 1, passe R10.)</p>	
<p>R9a. Qual o principal motivo da Sra não ter ido à consulta? R009010</p> <p><input type="checkbox"/> 1. A consulta está marcada, mas ainda não foi à consulta <input type="checkbox"/> 6. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não achou necessário <input type="checkbox"/> 7. Não conseguiu marcar consulta pelo plano de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabia quem procurar ou aonde ir <input type="checkbox"/> 8. O serviço de saúde era distante ou teve dificuldade de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Estava com dificuldades financeiras <input type="checkbox"/> 9. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não conseguiu marcar <input type="checkbox"/> 10. Outro</p> <p style="text-align: center;">(siga R10)</p>	
<p>R10. A Sra já foi submetida a cirurgia para retirada do útero? R010</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se R10 = 1, siga R11 Se R10 = 2, passe ao R13.)</p>	
<p>R11. Segundo o médico, qual o motivo da retirada do útero? R011</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mioma uterino <input type="checkbox"/> 5. Complicações da gravidez ou parto</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Prolapso do útero (útero caído) <input type="checkbox"/> 6. Sangramento vaginal anormal</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Endometriose <input type="checkbox"/> 7. Outro</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Câncer ginecológico</p> <p style="text-align: center;">(siga R12)</p>	
<p>R12. Que idade a Sra tinha quando foi submetida à cirurgia? R012</p> <p style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Anos </p> <p style="text-align: center;">(siga R13)</p>	
<p>R13. Quando foi a última vez que um médico ou enfermeiro fez o exame clínico das suas mamas? R013</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 ano atrás <input type="checkbox"/> 4. 3 anos ou mais atrás</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De 1 ano a menos de 2 anos atrás <input type="checkbox"/> 5. Nunca fez</p> <p><input type="checkbox"/> 3. De 2 anos a menos de 3 anos atrás</p> <p style="text-align: center;">(siga R14)</p>	<p>R14. Algum médico já lhe solicitou um exame de mamografia? R014</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se R14 = 1, siga R15. Se R14 = 2, passe R25.)</p>
<p>R15. A Sra fez o exame de mamografia? R015</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se R15 = 1, passe R17a. Se R15 = 2, passe R25.)</p>	

R17a. Quando foi a última vez que a Sra fez um exame de mamografia? **R01701**

1. Menos de 1 ano atrás 3. De 2 anos a menos de 3 anos
 2. De 1 ano a menos de 2 anos 4. 3 anos ou mais atrás

(siga R19)

R19. A Sra pagou algum valor pela última mamografia? **R019**

1. Sim 2. Não

(siga R20)

R20. A última mamografia foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)? **R020**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(siga R21a)

R21a. Quanto tempo depois de ter realizado o último exame de mamografia a Sra recebeu o resultado? **R02101**

1. Menos de 1 mês atrás 5. Nunca recebi
 2. Entre 1 mês e menos de 3 meses depois 6. Nunca foi buscar
 3. Entre 3 meses e menos de 6 meses depois 7. Ainda não recebi
 4. 6 meses ou mais depois

(Se R21a = 1 ao 4, siga R22. Se R21a = 5, 6 ou 7, passe R25)

R22. Após receber o resultado da mamografia, a Sra foi encaminhada para consulta com médico especialista? **R022**

1. Sim 3. Não houve encaminhamento, pois, todas as minhas consultas por este motivo foram com médico especialista
 2. Não

(Se R22 = 1, siga R23. Se R22 = 2 ou 3, passe R25.)

R23. A Sra foi à consulta com o especialista? **R023**

1. Sim 2. Não

(Se R23 = 1, siga R25. Se R23 = 2, siga R24a.)

R24a. Qual o principal motivo da Sra não ter ido à consulta com o especialista?

R02402

01. A consulta está marcada, mas ainda não foi à consulta 6. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande
 02. Não conseguiu marcar 7. Não conseguiu marcar consulta pelo plano de saúde
 03. Não achou necessário 8. O serviço de saúde era distante ou teve dificuldade de transporte
 04. Não sabia quem procurar ou aonde ir 9. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas
 05. Estava com dificuldades financeiras 10. Outro

(siga R25)

Agora vou lhe fazer perguntas sobre a menstruação e a menopausa.

R25. Com que idade a Sra ficou menstruada pela primeira vez? **R025**

Anos

0. Não sabe

(Se R10 = 1, encerre Módulo R e passe Módulo S. Caso contrário, siga R26.)

R26. A Sra ainda fica menstruada? **R026**

1. Sim 2. Não

(Se R26 = 1, siga R31. Se R26 = 2, siga R27.)

R27. Com que idade a Sra parou de menstruar? **R027**

Anos

0. Não sabe

(siga R28)

R28. A Sra já entrou na menopausa? **R028**

1. Sim 2. Não 3. Não sei

(Se R28 = 1, siga R29. Se R28 = 2 ou 3, encerre Módulo R e passe Módulo S)

R29. Alguma vez a Sra fez ou faz tratamento hormonal para alívio dos sintomas da menopausa (com comprimidos, adesivos, gel ou injeções)? **R029**

1. Sim, faz atualmente 3. Não, nunca fez
 2. Sim, já fez, mas não faz mais

(Se R29 = 1 ou 2, siga R30. Se R29 = 3, encerre Módulo R e passe Módulo S)

R30. Este medicamento foi receitado por médico? **R030**

1. Sim 2. Não

(Encerre Módulo R e passe Módulo S)

Agora vou lhe fazer perguntas sobre planejamento familiar e contracepção.

R31. Nos últimos doze meses, a Sra teve relações sexuais? **R031**

1. Sim 2. Não 3. Recusou-se a responder

(Se R31 = 1, siga R32. Se R31 = 2 ou 3, encerre Módulo R e passe Módulo S)

R32. Nos últimos doze meses, a Sra participou de grupo de planejamento familiar? **R032**

1. Sim 2. Não

(Se R32 = 1, siga R33. Se R32 = 2, passe R34)

R33. E o seu parceiro participou de grupo de planejamento familiar? **R033**

1. Sim 2. Não

(siga R34)

R34. A Sra usa algum método para evitar a gravidez atualmente? **R034**

1. Sim (passe R36) 2. Não (siga R35)

R35. Qual o principal motivo de não evitar a gravidez? **R035**

1. Quer engravidar ou não se incomoda de engravidar 6. Ligou as trompas
 2. Por motivos religiosos 7. O companheiro fez vasectomia
 3. Não sabe como evitar 8. Não tem relações sexuais com homens
 4. Não sabe aonde ir ou quem procurar para lhe dar orientações 9. Outro
 5. Está grávida

(passe ao R37)

R36. Que método para evitar a gravidez a Sra usa atualmente?

a. Pílula **R03601**

1. Sim 2. Não

(siga R36b)

g. Contraceptivo injetável **R03607**

1. Sim 2. Não

(siga R36h)

b. Tabela **R03602**

1. Sim 2. Não

(siga R36c)

h. Implantes (Norplant) **R03608**

1. Sim 2. Não

(siga R36i)

c. Camisinha masculina **R03603**

1. Sim 2. Não

(siga R36d)

i. Creme / óvulo **R03609**

1. Sim 2. Não

(siga R36j)

d. Camisinha feminina **R03604**

1. Sim 2. Não

(siga R36e)

j. Pílula do dia seguinte (contracepção de emergência) **R03610**

1. Sim 2. Não

(siga R36k)

e. Diafragma **R03605**

1. Sim 2. Não

(siga R36f)

k. Outro **R03611**

1. Sim 2. Não

(siga R37)

f. DIU **R03606**

1. Sim 2. Não

(siga R36g)

R37. A Sra e/ou seu companheiro já fizeram ou fazem algum tratamento para engravidar? **R037**

1. Sim, fazem atualmente 3. Nunca fizeram
2. Sim, já fizeram

(Se R37 = 1, siga R38. Se R37 = 2 ou 3, encerre Módulo R e passe Módulo S.)

R38. Há quanto tempo a Sra está tentando engravidar? **R038**

1. Há menos de 6 meses 3. Há 1 ano ou mais
2. De 6 meses a menos de 1 ano

(Encerre Módulo R e passe Módulo S.)

Módulo S. Atendimento Pré-natal

S65. Alguma vez ficou grávida, mesmo que a gravidez não tenha chegado até o final? **S065**

1. Sim 2. Não

(Se S65 = 1, siga S66. Se S65 = 2, encerre Módulo S)

S66. Quantos partos a Sra já teve? **S066**

Partos

(Se S66 = 0, encerre Módulo S. Caso contrário, siga S67.)

S67. Em que data foi o último parto?

S06701 **S06702** **S06703**

Dia Mês Ano

(Se S67 igual ou posterior a 28/07/2017 siga para S68. Se anterior a 28/07/2017, encerre Módulo S)
(Filho tido nos últimos dois anos)

Leia: Agora, vamos lhe fazer perguntas relacionadas ao seu último parto

S68. Quando estava grávida fez alguma consulta de pré-natal? **S068**

1. Sim 2. Não

(Se S68 = 1, siga S69. Se S68 = 2, passe S109)

S69. Quanto tempo de gravidez tinha quando fez a primeira consulta pré-natal?

S06901 **S06902**

Semanas Meses

(siga S70)

S70. Quantas consultas de pré-natal fez durante esta gravidez? **S070**

1. Uma 5. Cinco
2. Duas 6. Seis
3. Três 7. Sete ou mais
4. Quatro 8. Não sabe / Não lembra

(siga S71)

S71. A Sra fez a maioria das consultas de pré-natal em serviço de saúde de: **S071**

1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) 5. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado
2. Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público 6. Pronto atendimento ou emergência de hospital privado
3. UPA (Unidade de Pronto atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público 7. No domicílio
4. Ambulatório de hospital público 8. Outro serviço

(siga S72)

S72. Pagou por alguma consulta de pré-natal? <i>(Não considerar reembolso total do plano de saúde)</i>		S072
<input type="checkbox"/> 1. Sim, todas	<input type="checkbox"/> 2. Sim, algumas	<input type="checkbox"/> 3. Não, nenhuma
(siga S73)		
S73. As consultas do pré natal foram feitas através do Sistema Único de Saúde (SUS)?		S073
<input type="checkbox"/> 1. Sim, todas	<input type="checkbox"/> 2. Sim, algumas	<input type="checkbox"/> 3. Não, nenhuma
(siga S74)		
S74. Nesta gravidez, quem a atendeu na maioria das consultas?		S074
<input type="checkbox"/> 1. Médico(a)	<input type="checkbox"/> 2. Enfermeiro(a)	<input type="checkbox"/> 3. Técnico(a) / Auxiliar de enfermagem
<input type="checkbox"/> 4. Parteira	<input type="checkbox"/> 5. Outro(a) profissional de saúde	
(siga S75)		
S75. Nesta gravidez, a Sra tinha uma caderneta / cartão da gestante?		S075
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
(siga S76)		
S76. Nesta gravidez, a Sra fez algum exame de sangue, sem considerar o teste de gravidez?		S076
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
(siga S77)		
S77. Nesta gravidez, a Sra fez algum exame de urina, sem considerar o teste de gravidez?		S077
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Não sabe / Não lembra
(siga S79)		
S79. Durante o pré-natal, em quantas consultas?		
a. Mediram sua pressão arterial?	S07901	d. Ouviram o coração do bebê?
<input type="checkbox"/> 1. Todas	<input type="checkbox"/> 2. Algumas	<input type="checkbox"/> 3. Nenhuma
(siga S07902)		<input type="checkbox"/> 1. Todas
		<input type="checkbox"/> 2. Algumas
		<input type="checkbox"/> 3. Nenhuma
(siga S07905)		
b. Mediram o seu peso?	S07902	e. Examinaram suas mamas?
<input type="checkbox"/> 1. Todas	<input type="checkbox"/> 2. Algumas	<input type="checkbox"/> 3. Nenhuma
(siga S07903)		<input type="checkbox"/> 1. Todas
		<input type="checkbox"/> 2. Algumas
		<input type="checkbox"/> 3. Nenhuma
(siga S07904)		(siga S80)
c. Mediram sua barriga?	S07903	
<input type="checkbox"/> 1. Todas	<input type="checkbox"/> 2. Algumas	<input type="checkbox"/> 3. Nenhuma
(siga S07904)		
S80. Durante o pré-natal de ___ foi realizado teste / exame para sífilis?		S080
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Não sabe / Não lembra
(Se S80 = 1, siga S81. Se S80 = 2 ou 3, passe S88)		
S81. Recebeu ou foi informada sobre o resultado do teste / exame para sífilis antes do parto?		S081
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não, recebeu apenas após o parto	<input type="checkbox"/> 3. Não, nunca recebeu
(Se S81 = 1 ou 2, siga S82. Se S81 = 3, passe S84)		
S82. Qual foi o resultado do teste / exame para sífilis?		S082
<input type="checkbox"/> 1. Positivo	<input type="checkbox"/> 2. Negativo	<input type="checkbox"/> 3. Recusou-se a responder
(Se S82 = 1, siga S83. Se S82 = 2 ou 3, passe S84)		
S83. Recebeu tratamento para sífilis?		S083
<input type="checkbox"/> 1. Sim, antes do parto	<input type="checkbox"/> 2. Sim, depois do parto	<input type="checkbox"/> 3. Não
(siga S84)		
S84. Foi solicitado teste / exame de sífilis para o seu parceiro(a)?		S084
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Não sabe / Não lembra
(Se S84 = 1, siga S85. Se S84 = 2 ou 3, passe S88)		

S85. O seu parceiro recebeu o resultado do teste / exame para sífilis antes do parto? **S085**

1. Sim 4. Não sabe / Não lembra

2. Não, recebeu apenas após o parto 5. Não fez o exame

3. Não, nunca recebeu

(Se S85 = 1 ou 2, siga S86. Se S85 = 3 ao 5, passe S88)

S86. Qual foi o resultado do teste / exame para sífilis do seu parceiro? **S086**

1. Positivo 2. Negativo 3. Recusou-se a responder

(Se S86 = 1, siga S87. Se S86 = 2 ou 3, passe S88)

S87. O seu parceiro foi tratado? **S087**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(siga S88)

S88. Durante o pré-natal foi realizado teste / exame para Hepatite B? **S088**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(Se S88 = 1, siga S89. Se S88 = 2 ou 3, passe S90)

S89. Recebeu o resultado da Hepatite B antes do parto? **S089**

1. Sim 2. Não, recebeu apenas após o parto 3. Não, nunca recebeu

(siga S90)

S90 Durante o pré-natal foi solicitado o teste / exame para HIV / AIDS? **S090**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(Se S90 = 1, siga S91. Se S90 = 2 ou 3, passe S95)

S91 Neste pré-natal foi realizado teste / exame para HIV / AIDS? **S091**

1. Sim (siga S92) 2. Não (passe S95)

S92. Recebeu o resultado do teste / exame para HIV / AIDS antes do parto? **S092**

1. Sim 2. Não, recebeu apenas após o parto 3. Não, nunca recebeu

(siga S95)

S95 Durante o pré-natal a Sra foi orientada a usar preservativo? **S095**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(siga S96)

S96. Quanto tempo antes do parto a Sra foi á última consulta do pré-natal? **S096**

1. Até 1 semana 3. Mais de 2 semanas

2. Mais de 1 semana a 2 semanas 4. Não sabe / Não lembra

(siga S97)

S97. Durante este pré-natal a Sra foi informada / orientada pelo serviço de saúde / profissional de saúde sobre a maternidade para qual deveria se dirigir no momento do parto? **S097**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(siga S98)

S98. Quando estava grávida, tomou alguma injeção para prevenir o bebê contra difteria e tétano (mal dos sete dias) – dT ou dTpa? do parto? **S098**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(Se S98 = 1, siga S99. Se S98 = 2 ou 3, passe S109)

S99. Quantas doses dessa injeção tomou durante esta gravidez? **S099**

1. Nº de doses **S09901** 2. Não sabe / Não lembra

(siga S109)

S109. Seu(sua) filho(a) foi pesado ao nascer? **S109**

1. Sim (siga S110) 2. Não (passe S111)

S110. Qual foi o peso dele(a) ao nascer? S110

1. **\$11001**
Gramas

2. Não sabe / Não lembra
(siga S111)

S111. Quem fez o parto? S111

1. Médico(a)
 2. Enfermeiro(a)
 3. Outro (a) profissional de saúde

4. Parteira
 5. Parentes / amigos
 6. Outro
(siga S112)

S112. Onde foi realizado o parto? S112

1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
 2. Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público
 3. UPA (Unidade de Pronto atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público
 4. Hospital público ou maternidade pública
 5. Casa de parto

6. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado
 7. Pronto atendimento ou emergência de hospital privado
 8. No domicílio
 9. Outro serviço
(siga S113)

S113. Pagou algum valor pelo parto? S113

1. Sim

2. Não
(siga S114)

S114. O parto foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)? S114

1. Sim

2. Não
(siga S115)

S115. Qual foi o tipo de parto? S115

1. Parto normal / vaginal

2. Cesariana

(Se S115 = 1, passe S118. Se S115 = 2, siga S116)

S116. Nesta gravidez, entrou em trabalho de parto? S116

1. Sim

2. Não
(siga S117)

S117. Qual o principal motivo de ter tido parto cesáreo? S117

1. Já tinha um parto cesáreo anterior
 2. Queria ligar as trompas
 3. Não queria sentir a dor do parto / Por se mais conveniente
 4. Por escolha do médico durante o pré-natal

5. Indicação médica por complicação na gravidez ou no trabalho de parto
 6. Indicação médica porque não entrou em trabalho de parto
 7. Outro serviço
(siga S118)

S118. Quantas semanas de gravidez tinha no momento do parto? S118

1. **S11801**
Semanas

2. Não sabe / Não lembra

(Se S115 = 1, siga S119. Se S115 = 2 e S116 = 1, siga S119. Se S115 = 2 e S116 = 2, passe S123. Caso contrário, passe ao S123.)

S119. Neste parto fizeram na Sra a episiotomia (aquele corte na vagina)? S119

1. Sim

2. Não
(siga S120)

S120. Neste trabalho de parto foi oferecido algum método para alívio da dor? S120

1. Sim

2. Não
(siga S121)

S121. Neste trabalho de parto foi utilizado algum método para alívio da dor? S121

1. Sim (siga S122)

2. Não (passe S123)

S122. Qual foi o método utilizado para o alívio da dor? **S122**

<input type="checkbox"/> 1. Anestesia	<input type="checkbox"/> 3. Outros métodos (banho morno, massagem, bola)Parteira
<input type="checkbox"/> 2. Outro medicamento	<input type="checkbox"/> 4. Não sabe / Não lembra

(siga S123)

S123. Alguém conhecido ficou com a Sra durante todo o período de parto (pré-parto, parto e pós-parto)? **S123**

<input type="checkbox"/> 1. Sim (siga S124)	<input type="checkbox"/> 2. Não (passe S125)
---	--

S124. Em algum momento esse acompanhante foi o pai da criança? **S124**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
---------------------------------	---------------------------------

(siga S125)

S125. Teve alguma complicação durante o parto? **S125**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
---------------------------------	---------------------------------

(siga S126)

S126. A Sra teve alguma complicação após o parto? **S126**

<input type="checkbox"/> 1. Sim (siga S127)	<input type="checkbox"/> 2. Não (passe S128)
---	--

S127. Por causa dessa complicação precisou ser internada? **S127**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
---------------------------------	---------------------------------

(siga S128)

S128. O parto foi realizado no estabelecimento de saúde indicado no pré-natal? **S128**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
---------------------------------	---------------------------------

(Se S128 = 1, passe S130. Se S128 = 2 e S116 = 1, siga S129. Se S128 = 2 e S116 = 2, passe S130. Caso contrário, passe ao S130.)

S129. Quantos serviços de saúde procurou quando entrou em trabalho de parto para que seu(sua) filho(a) pudesse nascer? **S129**

<input type="checkbox"/> 1. Um	<input type="checkbox"/> 2. Dois	<input type="checkbox"/> 3. Mais de 2
--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

(siga S130)

S130. Durante a primeira hora após o nascimento, seu(sua) filho(a) foi colocado(a) em contato com a Sra pele a pele? **S130**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
---------------------------------	---------------------------------

(Se S112 = 8, passe ao S134. Caso contrário, siga S131)

S131. Depois do nascimento, ele(a) ficou com a Sra no quarto até a alta hospitalar? **S131**

<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
---------------------------------	---------------------------------

(siga S132)

S132. Seu(sua) filho(a) saiu do hospital junto com a Sra? **S132**

<input type="checkbox"/> 1. Sim (passe S134)	<input type="checkbox"/> 2. Não (siga S133)
--	---

S133. A criança não saiu do hospital junto com a Sra porque: **S133**

<input type="checkbox"/> 1. Somente a criança teve alta	<input type="checkbox"/> 3. A criança permaneceu internada
<input type="checkbox"/> 2. A criança faleceu antes da alta	<input type="checkbox"/> 4. Outro

(siga S134)

S134. A Sra fez consulta de puerpério (consulta com médico ou enfermeiro até 42 dias após o parto)? **S134**

<input type="checkbox"/> 1. Sim (passe S136)	<input type="checkbox"/> 2. Não (siga S135)
--	---

S135. Qual o motivo de não ter feito a consulta de puerpério (consulta com médico ou enfermeiro até 42 dias após o parto)? **S135**

<input type="checkbox"/> 1. Não sabia que tinha que fazer / Não foi orientada	<input type="checkbox"/> 4. Não conseguiu marcar
<input type="checkbox"/> 2. Não achou necessário / Não quis fazer	<input type="checkbox"/> 5. Outro
<input type="checkbox"/> 3. Estava internada	

(siga S136)

S136. Durante os primeiros três meses após o parto, a Sra tomou medicamento contendo somente ferro ou ferro com vitaminas? **S136**

1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não lembra

(Se S136 = 1, passe ao S138. Se S136 = 2, siga S137. Se S136 = 3, encerre Módulo S)

S137. Por que não tomou o medicamento? **S137**

1. Não foi receitado por nenhum profissional de saúde 4. Não conseguiu encontrar o medicamento para comprar na farmácia
 2. Não conseguiu obter no serviço público de saúde 5. Não tinha dinheiro para comprar
 3. Não tinha farmácia próxima ou teve dificuldade de transporte 6. Não achou necessário

(Encerre o Módulo S)

S138. Na maioria das vezes, o medicamento contendo somente ferro ou ferro com vitaminas foi obtido em serviço público de saúde? **S138**

1. Sim 2. Não

(siga S139)

S139. Após o parto, por quanto tempo tomou o medicamento contendo somente ferro ou ferro com vitaminas? **S139**

1. Menos de 1 mês 4. 3 meses ou mais
 2. De 1 mês a menos de 2 meses 5. Não sabe / Não lembra
 3. De 2 meses a menos de 3 meses

(Encerre o Módulo S)

Módulo T – Doenças Transmissíveis

T1. O(a) Sr(a) está com tosse há três semanas ou mais? **T001**

1. Sim 2. Não

(siga T2)

T2. O(a) Sr(a) tem mancha com dormência ou parte da pele com dormência? **T002**

1. Sim 2. Não

(siga T3)

T3. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de doença de Chagas? **T003**

1. Sim 2. Não

(siga T4)

T4. Nos últimos doze meses, algum médico lhe deu diagnóstico de doença / infecção sexualmente transmissível?

1. Sim (siga T5) **T004** 2. Não (encerre Módulo T)

T5. Nesse diagnóstico (se houver mais de um, considere o último) de doença / infecção sexualmente transmissível, o(a) Sr(a) fez algum tipo de tratamento com prescrição médica? **T005**

1. Sim 2. Não

(siga T6)

T6. Nesse diagnóstico (se houver mais de um, considere o último) de doença / infecção sexualmente transmissível, o(a) Sr(a) recebeu de um profissional de saúde alguma dessas orientações?

a. Usar regularmente preservativo **T00601**

1. Sim 2. Não

(siga T00602)

d. Fazer o teste de sífilis **T00604**

1. Sim 2. Não

(siga T00605)

b. Informar aos (às) parceiros (as) infecção **T00602**

1. Sim 2. Não

(siga T00603)

e. Fazer os testes para as hepatites B e C **T00605**

1. Sim 2. Não

(siga T00606)

c. Fazer o teste de HIV **T00603**

1. Sim 2. Não

(siga T00604)

f. Tomar vacina para Hepatite B **T00606**

1. Sim 2. Não

(Encerre Módulo T)

Módulo U. Saúde Bucal

U2a. O que o(a) Sr(a) usa para fazer a limpeza de sua boca?

a. Escova de dente? **U00204**

1. Sim 2. Não

(siga U00205)

d. Enxaguatório bucal (como plax, colgate, cepacol)? **U00207**

1. Sim 2. Não

(siga U00208)

b. Pasta de dente? **U00205**

1. Sim 2. Não

(siga U00206)

e. Outros? **U00208**

1. Sim 2. Não

(Se U00204 = 1, siga U1a. Se U00204 = 2, passe U5)

c. Fio dental? **U00206**

1. Sim 2. Não

(siga U00207)

U1a. Com que frequência o(a) Sr(a) usa escova de dentes para a higiene bucal? **U00101**

1. 3 vezes ou mais por dia

3. 1 vez por dia

2. 2 vezes por dia

4. Não escovo todos os dias

(siga U4a)

U4a. Com que frequência o(a) Sr(a) troca a sua escova de dentes por uma noval? **U00401**

1. Menos de 3 meses

4. 1 ano ou mais

2. De 3 meses a menos de 6 meses

5. Nunca trocou

3. De 6 meses a menos de 1 ano

(siga U5)

U5. Em geral, como o(a) Sr(a) avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas):

U005

1. Nenhum

4. Intenso

2. Leve

5. Muito intenso

3. Regular

(siga U6)

U6. Que grau de dificuldade o(a) Sr(a) tem para se alimentar por causa de problemas com seus dentes ou dentadura? (Leia as opções de resposta) **U006**

1. Nenhum

4. Intenso

2. Leve

5. Muito intenso

3. Regular

(Se J13a = 1, siga U9. Caso contrário, passe U23a.)

U9a. Qual o principal motivo que o(a) fez consultar o dentista na última vez? **U00902**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Limpeza, prevenção ou revisão | <input type="checkbox"/> 6. Tratamento de ferida na boca |
| <input type="checkbox"/> 2. Dor de dente | <input type="checkbox"/> 7. Implante dentário |
| <input type="checkbox"/> 3. Extração | <input type="checkbox"/> 8. Colocação/manutenção de prótese nos dentes (ortodôntico) |
| <input type="checkbox"/> 4. Tratamento dentário (obturaç o, canal etc.) | <input type="checkbox"/> 9. Colocação/manutenção de prótese ou dentadura |
| <input type="checkbox"/> 5. Problema na gengiva | <input type="checkbox"/> 10. Outro |

(siga U10a)

U10a. Onde foi a última consulta odontológica? **U01002**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) | <input type="checkbox"/> 5. Ambulatório de hospital público |
| <input type="checkbox"/> 2. Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades Público | <input type="checkbox"/> 6. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado |
| <input type="checkbox"/> 3. UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público | <input type="checkbox"/> 7. Pronto atendimento ou emergência de hospital privado |
| <input type="checkbox"/> 4. CEO – Centro de Especialidades Odontológicas | <input type="checkbox"/> 8. Outro |

(siga U14)

U14. Como o(a) Sr(a) conseguiu a consulta odontológica? **U014**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta | <input type="checkbox"/> 4. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) pela Unidade Básica de Saúde |
| <input type="checkbox"/> 2. Agendou a consulta previamente | <input type="checkbox"/> 5. Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde |
| <input type="checkbox"/> 3. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família | <input type="checkbox"/> 6. Outro |

(siga U20a)

U20a. O (a) Sr(a) pagou algum valor por esta consulta odontológica? (Entrevistador: Se o(a) entrevistado (a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)

U02001

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não |
|---------------------------------|---------------------------------|

(siga U21a)

U21a. Esta consulta odontológica foi feita pelo SUS? **U02101**

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não | <input type="checkbox"/> 3. Não sabe / Não lembra |
|---------------------------------|---------------------------------|---|

(siga U23a)

U23a. Lembrando-se dos seus dentes permanentes de cima, o(a) Sr(a) perdeu algum? **U02302**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Não | <input type="checkbox"/> 3. Sim, perdi todos os dentes de cima |
| <input type="checkbox"/> 2. Sim, perdi <input type="text" value=""/> dentes | |

(siga U24a)

U24a. Lembrando-se dos seus dentes permanentes de baixo, o(a) Sr(a) perdeu algum? **U02402**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Não | <input type="checkbox"/> 3. Sim, perdi todos os dentes de baixo |
| <input type="checkbox"/> 2. Sim, perdi <input type="text" value=""/> dentes | |

Dentes

(Se U23a = 1 e U24a = 1, encerre o Módulo U. Caso contrário, siga U25a.)

U25a. O (a) Sr(a) usa algum tipo de prótese dentária (dente artificial, implante, dentadura, chapa)? **U02501**

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não |
|---------------------------------|---------------------------------|

(Encerre Módulo U)

Módulo Z – Paternidade e Pré-natal do parceiro (Homens de 15 anos ou mais)

Agora farei algumas perguntas sobre filhos e realização de exames

Z1. Você já teve / tem filho(s) biológico(s)?

Z001

1. Sim. Quantos
(siga Z2)

Z00101
Homens

Z00102
Mulheres

2. Não (passe Z4)

3. Não sabe (passe Z4)

Z2. Quantos anos você tinha quando seu primeiro filho nasceu? Z002

Anos

(siga Z3)

Z3. Qual a idade do seu filho mais novo ou único nascido vivo? Z003

Anos

(siga Z4)

(Se menor de 1 ano, marcar 0(zero) ano)

Z4. Atualmente, alguma mulher está grávida de você? Z004

1.Sim

2. Não

3. Não sabe

(Se (Z1 = 1 e Z3 <= 5) ou (Z4 = 1), siga Z5, Caso contrário, passe Z13)

Z5. Na gravidez atual ou na do seu último filho nascido vivo, você desejava ter filho naquele momento? Z005

1. Sim, queria naquele momento

2. Não, queria esperar mais

3. Não queria ter (mais) filhos

(siga Z6)

Z6. Na gravidez atual ou na do seu último filho nascido vivo foi feito pré-natal? Z006

1.Sim

2. Não

3. Não sabe

(Se Z6 = 1, siga Z7, Caso contrário, passe Z13)

Z7. A maioria das consultas na gravidez atual ou do seu último filho nascido vivo foi feita pelo SUS? Z007

1.Sim

2. Não

3. Não sabe

(siga Z8)

Z8. Você acompanha ou acompanhou o pré-natal da gravidez atual ou da gravidez do seu último filho? Z008

1.Sim

2. Não

(siga Z9)

Z9. Algum profissional de saúde responsável pelo pré-natal fez solicitação de exame para você? Z009

1.Sim (siga Z10)

2. Não (passe Z11)

Z10. Você realizou os exames solicitados? Z010

1.Sim

2. Não

(siga Z11)

Z11. Durante o pré-natal da gravidez atual ou da gravidez do último filho, você foi incentivado a participar de palestras, rodas de conversas, cursos etc. sobre os cuidados com o bebê? Z011

1.Sim

2. Não

(siga Z12)

Z12. Você foi informado por algum profissional de saúde, que realizou o pré-natal, sobre a possibilidade de participar do momento do parto? Z012

1.Sim

2. Não

(siga Z13)

Z13. Tem filhos(as) adotivos(as)? Z013

1.Sim (siga Z14)

2. Não (encerre Módulo Z)

Z14. Quantos filhos (as) adotivos(as) você tem?

Z01401

Homens

Z01402

Mulheres

(Encerre Módulo Z)

Módulo V – Violência (18 anos ou mais)

Verifique a presença de outras pessoas na aplicação das questões seguintes.

V1. Foi assegurada a privacidade para aplicação desse módulo? **V001**

1. Sim 2. Não

(siga V1a)

V1a. O questionário será preenchido por: **V001a**

1. Próprio morador 2. Entrevistador

(siga V2)

Agora serão feitas perguntas sobre algumas situações que você pode ter vivido em suas relações pessoais ou em comunidade que podem afetar a qualidade de vida e as condições de saúde:

V2. Nos últimos doze meses, alguém:

a. Te ofendeu, humilhou ou ridicularizou na frente de outras pessoas? **V00201**

1. Sim 2. Não

(siga V00202)

d. Ameaçou verbalmente lhe ferir ou machucar alguém importante para você?

1. Sim 2. Não

(siga V00205)

V00204

b. Gritou com você ou te xingou? **V00202**

1. Sim 2. Não

(siga V00203)

e. Destruir alguma coisa sua de propósito? **V00205**

1. Sim 2. Não

(Se V2a = 1 ou V2b = 1 ou V2c = 1 ou V2d = 1 ou V2e = 1, siga V3. Caso contrário, passe V14)

c. Usou redes sociais ou celular para ameaçar, ofender, xingar ou expor imagens suas sem o seu consentimento? **V00203**

1. Sim 2. Não

(siga V00204)

V3. Nos últimos doze meses, quantas vezes isso aconteceu com você? **V003**

1. Muitas vezes 2. Algumas vezes 3. Uma vez

(siga V6)

Atenção: No caso de mais de um ato ou ocorrência de mais de uma vez nos últimos doze meses, considere o mais grave e responda as questões a seguir.

V6. Quem fez isso com você? **V006**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Cônjuge ou companheiro(a) | <input type="checkbox"/> 8. Amigo(a)/colega, vizinho(a) |
| <input type="checkbox"/> 2. Ex-Cônjuge ou ex-companheiro(a) | <input type="checkbox"/> 9. Empregado(a) em geral |
| <input type="checkbox"/> 3. Parceiro(a), namorado(a), ex-parceiro(a), ex-namorado(a) | <input type="checkbox"/> 10. Patrão/ patroa / chefe |
| <input type="checkbox"/> 4. Pai, mãe, padrasto ou madrasta | <input type="checkbox"/> 11. Pessoa desconhecida |
| <input type="checkbox"/> 5. Filho(a), enteado(a) | <input type="checkbox"/> 12. Policial |
| <input type="checkbox"/> 6. Irmão(a) | <input type="checkbox"/> 13. Outro |
| <input type="checkbox"/> 7. Outro parente | |

(siga V7)

V7. Onde isso ocorreu? **V007**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Residência | <input type="checkbox"/> 5. Via pública ou outro local público |
| <input type="checkbox"/> 2. Trabalho | <input type="checkbox"/> 6. Internet / Redes Sociais / Celular |
| <input type="checkbox"/> 3. Escola, faculdade ou outro estabelecimento de ensino | <input type="checkbox"/> 7. Outro |
| <input type="checkbox"/> 4. Bar, restaurante ou similar | |

(siga V14)

V14. Nos últimos doze meses, alguém:

a. Te deu um tapa ou uma bofetada? **V01401**

1. Sim 2. Não
(siga V01402)

d. Tentou ou efetivamente estrangulou, asfixiou ou te queimou de propósito?

1. Sim 2. Não
(siga V01405)

V01404

b. Te empurrou, segurou com força ou jogou algo em você com a intenção de machucar? **V01402**

1. Sim 2. Não
(siga V01403)

e. Te ameaçou ou feriu com uma faca, arma de fogo ou alguma outra arma ou objeto?

1. Sim 2. Não

V01405

c. Te deu um soco, chutou ou arrastou pelo cabelo?

V01403

1. Sim 2. Não
(siga V01404)

(Se V14a = 1 ou V14b = 1 ou V14c = 1 ou V14d = 1 ou V14e = 1, siga V15. Caso contrário, passe V27)

V15. Nos últimos doze meses, quantas vezes isso aconteceu com você? **V015**

1. Muitas vezes 2. Algumas vezes 3. Uma vez

(siga V18)

Atenção: No caso de mais de um ato ou ocorrência de mais de uma vez nos últimos doze meses, considere o mais grave e responda as questões a seguir.

V18. Quem fez isso com você? **V018**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Cônjuge ou companheiro(a) | <input type="checkbox"/> 8. Amigo(a)/colega, vizinho(a) |
| <input type="checkbox"/> 2. Ex-Cônjuge ou ex-companheiro(a) | <input type="checkbox"/> 9. Empregado(a) em geral |
| <input type="checkbox"/> 3. Parceiro(a), namorado(a), ex-parceiro(a), ex-namorado(a) | <input type="checkbox"/> 10. Patrão/ patroa / chefe |
| <input type="checkbox"/> 4. Pai, mãe, padrasto ou madrasta | <input type="checkbox"/> 11. Pessoa desconhecida |
| <input type="checkbox"/> 5. Filho(a), enteado(ã) | <input type="checkbox"/> 12. Policial |
| <input type="checkbox"/> 6. Irmão(a) | <input type="checkbox"/> 13. Outro |
| <input type="checkbox"/> 7. Outro parente | |

(siga V19)

V19. Onde isso ocorreu? **V019**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Residência | <input type="checkbox"/> 4. Bar, restaurante ou similar |
| <input type="checkbox"/> 2. Trabalho | <input type="checkbox"/> 5. Via pública ou outro local público |
| <input type="checkbox"/> 3. Escola, faculdade ou outro estabelecimento de ensino | <input type="checkbox"/> 6. Outro |

(siga V27)

V27. Nos últimos doze meses, alguém:

a. Tocou, manipulou, beijou ou expôs partes do seu corpo contra sua vontade? **V02701**

1. Sim 2. Não
(siga V02702)

b. Te ameaçou ou forçou a ter relações sexuais ou quaisquer outros atos sexuais contra sua vontade? **V02702**

1. Sim 2. Não

(Se V27a ou V27b = 1, passe V29. Caso contrário, siga V28)

V28. E alguma vez na vida, alguém:

a. Tocou, manipulou, beijou ou expôs partes do seu corpo contra sua vontade? **V02801**

1. Sim 2. Não
(siga V02802)

b. Te ameaçou ou forçou a ter relações sexuais ou quaisquer outros atos sexuais contra sua vontade? **V02802**

1. Sim 2. Não

(Se V2a = 1 ou V2b = 1 ou V2c = 1 ou V2d = 1 ou V2e = 1 ou V14a = 1 ou V14b = 1 ou V14c = 1 ou V14d = 1 ou V14e = 1, passe V34. Caso contrário, encerre Módulo V)

V29. Nos últimos doze meses, quantas vezes isso aconteceu com você? **V029**

1. Muitas vezes 2. Algumas vezes 3. Uma vez

(siga V32)

Atenção: No caso de mais de um ato ou ocorrência de mais de uma vez nos últimos doze meses, considere o mais grave e responda as questões a seguir.

V32. Quem fez isso com você (Se mais de uma pessoa, defina o principal agressor)?

V032

1. Cônjuge ou companheiro(a) 8. Amigo(a)/colega, vizinho(a)
 2. Ex-Cônjuge ou ex-companheiro(a) 9. Empregado(a) em geral
 3. Parceiro(a), namorado(a), ex-parceiro(a), ex-namorado(a) 10. Patrão/ patroa / chefe
 4. Pai, mãe, padrasto ou madrasta 11. Pessoa desconhecida
 5. Filho(a), enteado(a) 12. Policial
 6. Irmão(a) 13. Outro
 7. Outro parente

(siga V33)

V33. Onde isso ocorreu? **V033**

1. Residência 4. Bar, restaurante ou similar
 2. Trabalho 5. Via pública ou outro local público
 3. Escola, faculdade ou outro estabelecimento de ensino 6. Outro

(siga V34)

Atenção: De todas as situações perguntadas neste módulo e que você disse ter ocorrido com você, considere a mais grave para responder as próximas perguntas.

V34. Nos últimos doze meses, você deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à escola etc.) por causa desse ato?

1. Sim 2. Não

V034

(siga V35)

V35. Esse(s) ato(s) forçado(s) gerou(aram) alguma consequência para sua saúde, tais como:

a. Hematomas, cortes, fraturas, queimaduras ou outras lesões físicas ou ferimentos? **V03501**

1. Sim 2. Não

(siga V03502)

c. Doença sexualmente transmissível ou gravidez indesejada? **V03503**

1. Sim 2. Não

b. Medo, tristeza, desânimo, dificuldades para dormir, ansiedade, depressão ou outras consequências psicológicas? **V03502**

1. Sim 2. Não

(Se 35a = 1 ou V35b = 1 ou V35c = 1, siga V36.
Caso contrário, encerre Módulo V)

V36. Por causa desta(s) consequência(s), você procurou algum atendimento de saúde?

V036

1. Sim (siga V37) 2. Não (encerre Módulo V)

V37. Por causa desta(s) consequência(s), você recebeu algum atendimento de saúde?

V037

1. Sim (siga V38) 2. Não (encerre Módulo V)

CAMPO DE OBSERVAÇÃO

V38. Onde foi realizado este atendimento de saúde? **V038**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. No local | <input type="checkbox"/> 6. Ambulatório de hospital público |
| <input type="checkbox"/> 2. Farmácia | <input type="checkbox"/> 7. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado |
| <input type="checkbox"/> 3. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) | <input type="checkbox"/> 8. Pronto atendimento ou emergência de hospital privado |
| <input type="checkbox"/> 4. Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público | <input type="checkbox"/> 9. No domicílio |
| <input type="checkbox"/> 5. UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público | <input type="checkbox"/> 10. Outro |

(siga V39)

V39. Por causa desta(s) consequência(s), você precisou ser internado por 24 horas ou mais? **V039**

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não |
|---------------------------------|---------------------------------|

(Encerre Módulo V)

CAMPO DE OBSERVAÇÃO

Módulo Y – Atividade Sexual (18 anos ou mais)

Y1. Que idade tinha quando teve relações sexuais pela primeira vez? Y001

Y00101

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Idade em anos (siga Y2) | <input type="checkbox"/> 3. Não sabe / Não lembra (siga Y2) |
| <input type="checkbox"/> 2. Nunca teve relações sexuais (passe Y6) | <input type="checkbox"/> 4. Recusou-se a responder (siga Y2) |

Y2. Nos últimos doze meses teve relações sexuais? Y002

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim (siga Y3) | <input type="checkbox"/> 3. Recusou-se a responder (passe Y8) |
| <input type="checkbox"/> 2. Não (passe Y6) | |

Y3. Nos últimos doze meses, nas relações sexuais que teve, com que frequência usou camisinha? Y003

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Sempre (passe Y4) | <input type="checkbox"/> 3. Nenhuma vez (passe Y5) |
| <input type="checkbox"/> 2. Às vezes (siga Y4) | <input type="checkbox"/> 4. Recusou-se a responder (passe Y6) |

Y4. Nos últimos doze meses, na última relação sexual que teve, usou camisinha masculina ou feminina? Y004

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Camisinha masculina (passe Y6) | <input type="checkbox"/> 4. Não sabe / Não lembra (passe Y6) |
| <input type="checkbox"/> 2. Camisinha feminina (passe Y6) | <input type="checkbox"/> 5. Recusou-se a responder (passe Y6) |
| <input type="checkbox"/> 3. Não usou nenhuma (siga Y5) | |

Y5. Qual o principal motivo por não ter usado camisinha? Y005

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Confia no parceiro(a) | <input type="checkbox"/> 6. Quer ter filhos |
| <input type="checkbox"/> 2. Não gosta de ter relações com camisinha | <input type="checkbox"/> 7. Outro motivo (Especifique) |
| <input type="checkbox"/> 3. O(a) parceiro(a) não quis usar | <input type="checkbox"/> 8. Não sabe / Não lembra |
| <input type="checkbox"/> 4. Não deu tempo | <input type="checkbox"/> 9. Recusou-se a responder |
| <input type="checkbox"/> 5. Usou outro método | |

(siga Y6)

Y6. Nos últimos doze meses, alguma vez procurou algum serviço público (posto, centro de saúde, hospital público, hospital conveniado do SUS, agente comunitário de saúde) para obter camisinha masculina ou feminina? Y006

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim, camisinha masculina (passe Y8) | <input type="checkbox"/> 4. Não sabe / Não lembra (passe Y8) |
| <input type="checkbox"/> 2. Sim, camisinha feminina (passe Y8) | <input type="checkbox"/> 5. Recusou-se a responder (passe Y8) |
| <input type="checkbox"/> 3. Não (siga Y7) | |

Y7. Por que não procurou algum serviço público de saúde (posto, centro de saúde, hospital público, hospital conveniado do SUS, agente comunitário de saúde) para obter camisinha masculina ou feminina? Y007

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Não preciso / não quero / prefiro comprar | <input type="checkbox"/> 4. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande / Atendimento era ruim |
| <input type="checkbox"/> 2. Não sabia que podia obter nesses lugares | <input type="checkbox"/> 5. Outro motivo |
| <input type="checkbox"/> 3. O serviço de saúde era distante ou teve dificuldades de transportes | |

(siga Y8)

Y8. Qual é sua orientação sexual? Y008

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Heterossexual | <input type="checkbox"/> 4. Outra orientação |
| <input type="checkbox"/> 2. Bissexual | <input type="checkbox"/> 5. Não sabe |
| <input type="checkbox"/> 3. Homossexual | <input type="checkbox"/> 6. Recusou-se a responder |

(Encerre Módulo Y)

Módulo H – Atendimento Médico (18 anos ou mais)

H1. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) consultou com um(a) médico(a)? **H001**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Até 15 dias | <input type="checkbox"/> 4. Mais de 6 meses |
| <input type="checkbox"/> 2. Mais de 15 dias até 1 mês | <input type="checkbox"/> 5. Nunca consultou um médico(a) |
| <input type="checkbox"/> 3. Mais de 1 mês até 6 meses | |

(Se H1 = 1 ao 3, siga H2. Se H1 = 4 ou 5, encerre o questionário)

H2. Essa consulta foi o seu primeiro atendimento com esse(a) médico? **H002**

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não |
|---------------------------------|---------------------------------|

(Se H2 = 1, encerre o questionário. Se H2= 2, siga H3)

H3. Por qual motivo o(a) Sr(a) precisou consultar com um(a) médico(a)? **H003**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Acidente ou lesão | <input type="checkbox"/> 5. Outro exame médico (admissional, para carteira de motorista etc.) |
| <input type="checkbox"/> 2. Continuação de tratamento ou terapia | <input type="checkbox"/> 6. Problema de saúde mental |
| <input type="checkbox"/> 3. Consulta pré-natal | <input type="checkbox"/> 7. Doença ou outro problema de saúde |
| <input type="checkbox"/> 4. Exame médico periódico | <input type="checkbox"/> 8. Outro |

H4. Onde procurou o atendimento médico por este motivo?

H004

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou Unidade de saúde da família) | <input type="checkbox"/> 8. Consultório particular ou clínica privada |
| <input type="checkbox"/> 2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica | <input type="checkbox"/> 9. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato |
| <input type="checkbox"/> 3. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial | <input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado |
| <input type="checkbox"/> 4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento) | <input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular |
| <input type="checkbox"/> 5. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas) | <input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família |
| <input type="checkbox"/> 6. Pronto-socorro ou emergência de hospital público | <input type="checkbox"/> 13. Outro |
| <input type="checkbox"/> 7. Hospital público / ambulatório | |

(Se H4 = 1, siga H5. Se H4 diferente 1, encerre o questionário)

CAMPO DE OBSERVAÇÃO

Extensão da Afiliação com Médico(a) / Serviço de Saúde

Entrevistador(a) leia: A partir de agora, todas as perguntas serão sobre o(a) médico(a) que atendeu você na sua última consulta médica na unidade básica de saúde (posto, centro de saúde ou unidade de saúde da família)

ATENÇÃO: Sempre que houver no item a expressão “esse(a) ou “esse(a) médico(a)” estamos referindo o(a) médico(a) com o(a) qual foi realizada a última consulta na unidade básica de saúde (posto, centro de saúde ou unidade de saúde da família)

H5. Você geralmente procura “esse(a) médico(a)” quando adoecer ou precisa de conselhos sobre a sua saúde? H005

1. Sim

2. Não

(siga H6)

H6. “Esse(a)” é o médico(a) que melhor conhece você como pessoa? H006

1. Sim

2. Não

(siga H7)

H7. “Esse(a)” é o médico(a) mais responsável por seu atendimento de saúde? H007

1. Sim

2. Não

(siga H8)

Acesso de Primeiro Contato - Utilização

Entrevistador(a), entregue o cartão ao morador, e peça que ele indique a melhor opção de resposta para as próximas perguntas.

H8. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai à “esse(a) médico(a)” antes de ir a outro serviço de saúde? H008

(4) Com certeza sim

(3) Provavelmente sim

(5) Não sabe / Não lembra

(2) Provavelmente não

(1) Com certeza não

(siga H9)

Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade

ATENÇÃO: A expressão “serviço de saúde” indica a unidade básica de saúde (posto, centro de saúde ou unidade de saúde da família) na qual foi realizada a última consulta esse(a) médico

H9. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? H009

(4) Com certeza sim

(3) Provavelmente sim

(5) Não sabe / Não lembra

(2) Provavelmente não

(1) Com certeza não

(siga H10)

H10. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “serviço de saúde” quando pensa que é necessário? H010

(4) Com certeza sim

(3) Provavelmente sim

(5) Não sabe / Não lembra

(2) Provavelmente não

(1) Com certeza não

(siga H11)

Longitudinalidade

H11. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde”, é o(a) mesmo(a) médico(a) que atende você todas as vezes? H011

(4) Com certeza sim

(3) Provavelmente sim

(5) Não sabe / Não lembra

(2) Provavelmente não

(1) Com certeza não

(siga H12)

H12. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas à “esse(a) médico(a)”? H012

(4) Com certeza sim

(3) Provavelmente sim

(5) Não sabe / Não lembra

(2) Provavelmente não

(1) Com certeza não

(siga H13)

CAMPO DE OBSERVAÇÃO

H13. "Esse(a) médico(a)" sabe quais problemas são mais importantes para você? **H013**

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não
(siga H14)

H14. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) "serviço de saúde" para outro serviço de saúde? **H014**

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não
(siga H15)

Coordenação do Cuidado

H15. Você foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento com "esse(a) médico(a)"? (Entrevistador(a) Leia todas as alternativas) **H015**

1. Sim (siga H16) 2. Não (passe H20) 3. Não sabe / Não lembra (passe H20)

H16. "Esse(a) médico(a)" sugeriu(indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou serviço especializado? **H016**

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não
(siga H17)

H17. "Esse(a) médico(a)" escreveu alguma informação para o(a) especialista sobre o motivo dessa consulta? **H017**

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não
(siga H18)

H18. "Esse(a) médico(a)" sabe quais foram os resultados dessa consulta (com especialista ou no serviço especializado)? **H018**

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não
(siga H19)

H19. "Esse(a) médico(a)" pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você recebeu no(a) especialista ou serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido(a))? **H019**

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não
(siga H20)

Coordenação - Sistema de Informações

H20. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário médico no(a) "serviço de saúde"? **H020**

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não
(siga H21)

Integralidade – Serviços Disponíveis

Entrevistador(a) leia: A seguir, apresentamos uma lista de serviços e orientações que você, a sua família ou as pessoas que utilizam Esse serviço podem necessitar em algum momento. Indique se no(a) "serviço de saúde" essas opções estão disponíveis

H21. Aconselhamento para problemas de saúde mental (Ex: ansiedade, depressão)? **H021**

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não
(siga H22)

Integralidade – Serviços Disponíveis

Entrevistador(a) leia: A seguir, apresentamos uma lista de serviços e orientações que você, a sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento. Indique se no(a) “serviço de saúde” essas opções estão disponíveis)

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção:

H22. Aconselhamento sobre como parar de fumar? H022		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H23)		

H23. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (Ex: diminuição da memória, risco de cair)? H023		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H24)		

Integralidade - Serviços Prestados

Entrevistador(a) leia: A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no(a) “nome do serviço de saúde”. Por favor, responda se os seguintes assuntos já foram ou são conversados com você.

H24. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente) ? H024		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H25)		

H25. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você? H025		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H26)		

H26. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando? H026		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H27)		

H27. Como prevenir quedas? H027		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H28)		

Orientação Familiar

Entrevistador(a) leia: As perguntas a seguir são sobre a experiência da sua família com os profissionais de saúde no(a) “serviço de saúde”.

H28. “Esse(a) médico(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família? H028		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
(siga H29)		

H29. “Esse(a) médico(a)” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário? H029		
(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(5) Não sabe / Não lembra
(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	

CAMPO DE OBSERVAÇÃO

Orientação Comunitária

Entrevistador(a): A próxima pergunta avalia a qualidade de serviços de saúde

H30. No(a) "serviço de saúde" é(são) realizada(s) pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

(4) Com certeza sim

H030

(3) Provavelmente sim

(5) Não sabe / Não lembra

(2) Provavelmente não

(1) Com certeza não

(Encerre o questionário)

Módulo W – Antropometria (15 anos ou mais de idade)

Altura - Primeira medida
(cm)

W00201

Altura – Segunda medida
(cm)

W00202

Peso – Primeira medida
(kg)

W00101

Peso – Segunda medida
(kg)

W00102

Altura – Final (cm)

W00301

Peso – Final (kg)

W00301

CAMPO DE OBSERVAÇÃO