



Identificação do Questionário							
01	Unidade da Federação	02	Município	03	Distrito	04	Subdistrito
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
05	Bairro	06		CEP			
	<input type="text"/>			<input type="text"/>			
07	ENDEREÇO						
<input type="text"/>							
08	Data	09	Número do setor	10	Número de ordem do domicílio		
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
11	SIAPE do Entrevistador		12	SIAPE do Supervisor			
	<input type="text"/>			<input type="text"/>			

OBRIGATORIEDADE DE SIGILO DE INFORMAÇÕES - a legislação vigente mantém o caráter obrigatório e confidencial atribuído às informações coletadas pelo IBGE, as quais se destinam, exclusivamente, a fins estatísticos e não poderão ser objeto de certidão e nem terão eficácia jurídica como meio de prova.

Tipo A - Unidade Ocupada	Tipo B - Unidade Vaga	Tipo C - Unidade Inexistente
01 <input type="checkbox"/> Realizada (Quando se realizar a entrevista.)	05 <input type="checkbox"/> Em condições de ser habitada (Quando a unidade estiver em condições de ser habitada, mas se encontra vaga ou ocupada por pessoas não abrangidas pela pesquisa, como é o caso das unidades de habitação em domicílio coletivo ocupadas exclusivamente por pessoas não moradoras.)	09 <input type="checkbox"/> Demolido (Quando a unidade já foi demolida ou se encontra em fase de demolição.)
02 <input type="checkbox"/> Fechada (Quando a pesquisa não for realizada na unidade domiciliar devido aos moradores estarem temporariamente ausentes por motivo de férias, viagem etc, durante todo o período de entrevistas.)	06 <input type="checkbox"/> Uso ocasional (Quando a unidade for utilizada para descanso de fim de semana, férias ou outros fins por pessoas que, presentes ou não no momento da visita do entrevistador são moradoras em outra residência.)	10 <input type="checkbox"/> Não foi encontrada (Quando a unidade houver mudado de lugar (como é o caso de tendas, barracas, reboques etc.) ou não for encontrada por qualquer outro motivo.)
03 <input type="checkbox"/> Recusa (Quando os moradores se recusarem a prestar as informações.)	07 <input type="checkbox"/> Em construção ou reforma (Quando a unidade não estiver ocupada por estar em construção ou reforma.)	11 <input type="checkbox"/> Não residencial (Quando a unidade estiver sendo utilizada exclusivamente para fins não residenciais.)
04 <input type="checkbox"/> Outra (Quando não houver entrevista na unidade ocupada por motivo que não se enquadre nas duas condições anteriores e que deve ser esclarecido no espaço destinado a observações.)	08 <input type="checkbox"/> Em ruínas (Quando a unidade não estiver ocupada por estar em ruínas.)	12 <input type="checkbox"/> Fora do setor (Quando, por uma falha, a unidade houver sido listada como pertencente à área (o que tornou possível a sua seleção), embora estivesse situada fora dos seus limites.)

Se Tipo de entrevista = 01, seguir para o módulo A. Caso contrário, encerrar entrevista.

Módulo A - Informações do Domicílio

<p>A1. Este domicílio é do tipo:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Casa</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 style="text-align: right;">(siga A2)</p>	<p>A2. Qual o material que predomina na construção das paredes externas deste domicílio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Alvenaria com revestimento</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Alvenaria sem revestimento</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Madeira apropriada para construção</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Taipa não revestida</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Madeira aproveitada</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Palha</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Outro material (Especifique: _____)</p> <p style="text-align: right;">(siga A3)</p>	
<p>A3. Qual o material que predomina na cobertura (telhado) do domicílio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Telha</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Laje de concreto</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Madeira apropriada para construção</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Zinco ou chapa metálica</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Madeira aproveitada</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Palha</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Outro material (Especifique: _____)</p> <p style="text-align: right;">(siga A4)</p>	<p>A4. Qual o material que predomina no piso do domicílio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Carpete</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Cerâmica, lajota ou pedra</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tacos ou tábua corrida</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Cimento</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Madeira aproveitada</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Terra</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Outro material (Especifique: _____)</p> <p style="text-align: right;">(siga A5)</p>	
<p>A5. 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 ou nascente na propriedade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Poço ou nascente fora da propriedade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Carro-pipa</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Água da chuva armazenada em cisterna</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Água da chuva armazenada de outro modo</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Rios, lagos e igarapés</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Outro material (Especifique: _____)</p> <p style="text-align: right;">(Se A5 ≠ 1: passe ao A7.)</p>	<p>A6. Com que frequência a água proveniente da rede geral está habitualmente disponível para este domicílio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Diariamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Pelo menos uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</p> <p style="text-align: right;">(siga A7)</p>	
<p>A7. Este domicílio tem água canalizada para pelo menos um cômodo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: right;">(siga A8)</p>	<p>A8. Além da principal, que outra forma de abastecimento de água é utilizada neste domicílio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Rede geral de distribuição</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Poço ou nascente na propriedade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Poço ou nascente fora da propriedade</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Carro-pipa</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Água da chuva armazenada em cisterna</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Água da chuva armazenada de outro modo</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Rios, lagos e igarapés</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Outra (Especifique: _____)</p> <p style="text-align: right;">(siga A9)</p>	
<p>A9. A água utilizada para beber neste domicílio é:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Filtrada</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Fervida</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tratada de outra forma no domicílio (Especifique: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mineral industrializada</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Sem tratamento no domicílio</p> <p style="text-align: right;">(siga A10)</p>	<p>A10. Qual o número de cômodos no seu domicílio, incluindo banheiro(s) e cozinha(s)?</p> <p style="text-align: center;"> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> cômodos </p> <p style="text-align: right;">(siga A11)</p>	
<p>A11. Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio?</p> <p style="text-align: center;"> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> cômodos </p> <p style="text-align: right;">(siga A12)</p>	<p>A12. O seu domicílio tem cozinha?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: right;">(siga A13)</p>	<p>A13. O fogão deste domicílio utiliza predominantemente:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Gás de botijão</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Gás canalizado</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Lenha</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Carvão</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Energia elétrica</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Outro (Especifique: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Não tem fogão</p> <p style="text-align: right;">(siga A14)</p>
<p>A14. Quantos banheiros ou sanitários de uso exclusivo dos moradores existem neste domicílio?</p> <p style="text-align: center;"> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> banheiros </p> <p><input type="checkbox"/> 0. Nenhum</p> <p>(Se A14 ≠ 0, siga A15. Se A14=0, passe ao A16.)</p>	<p>A15. De que forma é feito o escoadouro dos banheiros ou sanitários?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Rede geral de esgoto ou pluvial</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Fossa séptica</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Fossa rudimentar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Vala</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Direto para rio, lago ou mar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Outra (Especifique: _____)</p> <p style="text-align: right;">(siga A16)</p>	

<p>A16. Qual o destino dado ao lixo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Coletado diretamente por serviço de limpeza</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Coletado em caçamba de serviço de limpeza</p> <p><input type="checkbox"/> 3. É queimado na propriedade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. É enterrado na propriedade</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Jogado em terreno baldio ou logradouro</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Jogado em rio, lago ou mar</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Outro (Especifique: _____)</p> <p style="text-align: center;">(siga A17)</p>	<p>A17. Qual a origem da energia elétrica utilizada neste domicílio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Rede geral</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Outra origem (gerador, placa solar, eólica etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não tem energia elétrica</p> <p style="text-align: center;">(siga A18)</p>
--	---

A18. Neste domicílio existe:

a. Televisão em cores?	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	f. Telefone celular?	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
b. Geladeira?	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	g. Forno micro-ondas?	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
c. Vídeo/DVD?	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	h. Computador?	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
d. Máquina de lavar roupa?	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	i. Motocicleta?	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
e. Telefone fixo?	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não		

(siga A19)

<p>A19. Os moradores têm acesso a internet no domicílio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga A20)</p>	<p>A20. Quantos carros tem este domicílio?</p> <p><input type="checkbox"/> _____ carros</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Nenhum</p> <p style="text-align: center;">(siga A21)</p>	<p>A21. Em seu domicílio, trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a) mensalista?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga A22)</p>	<p>A22. Em seu domicílio, há algum cachorro, gato, ave ou peixe?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se A22 = 2, passe ao módulo B.)</p>
---	--	--	---

A23. Quantos destes animais há no seu domicílio?

a. gatos	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 0. Nenhum	c. aves	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 0. Nenhum
b. cachorros	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 0. Nenhum	d. peixes	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 0. Nenhum

(Se A23a ou b>0, siga A24. Se A23a e b=0, encerre a parte.)

A24. Nos últimos 12 meses, os gatos e os cachorros foram vacinados contra raiva?

1. Sim, todos 2. Não, nem todos 3. Nenhum deles

(Encerre o módulo. Passe ao módulo B.)

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

<p>B1. O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 3. Não sei</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se B1=2 ou 3, passe ao B4.)</p>	<p>B2. Quando o seu domicílio foi cadastrado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 2 meses <input type="checkbox"/> 3. De 6 meses a menos de um ano</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De 2 a menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 4. Há um ano ou mais</p> <p style="text-align: center;">(siga B3)</p>
---	--

<p>B3. Nos últimos 12 meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum Agente Comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mensalmente <input type="checkbox"/> 4. Uma vez</p> <p><input type="checkbox"/> 2. A cada 2 meses <input type="checkbox"/> 5. Nunca recebeu</p> <p><input type="checkbox"/> 3. De 2 a 4 vezes</p> <p style="text-align: center;">(siga B4)</p>	<p>B4. Nos últimos 12 meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum agente de endemias (como a dengue, por exemplo)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mensalmente <input type="checkbox"/> 4. Uma vez</p> <p><input type="checkbox"/> 2. A cada 2 meses <input type="checkbox"/> 5. Nunca recebeu</p> <p><input type="checkbox"/> 3. De 2 a 4 vezes</p> <p style="text-align: center;">(Encerre o módulo. Passe ao Módulo C.)</p>
--	--

Quadro de moradores

Número de ordem	Nome	Condição no domicílio	Idade	Sexo

Instruções para preenchimento:

- a. Primeira pessoa a ser registrada será pessoa responsável pelo domicílio e que será indicada pelo morador.
- b. As demais pessoas serão registradas considerando sua condição em relação à pessoa responsável.
- c. O PDA selecionará, entre os moradores de 18 anos ou mais de idade, um morador para a entrevista individual.

Número de ordem do morador selecionado:

Módulo C - Características gerais dos moradores

<p>C1. Quantas pessoas moram neste domicílio:</p> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<p>C3. Número de ordem: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>Nome: <input style="width: 500px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>																												
<p>C4. Condição no domicílio:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Pessoa responsável pelo domicílio</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Enteado(a)</td> <td><input type="checkbox"/> 11. Bisneto(a)</td> <td><input type="checkbox"/> 16. Convivente - Não parente que compartilha despesas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Cônjuge ou companheiro(a) de sexo diferente</td> <td><input type="checkbox"/> 7. Genro ou nora</td> <td><input type="checkbox"/> 12. Irmão ou irmã</td> <td><input type="checkbox"/> 17. Pensionista</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Cônjuge ou companheiro(a) do mesmo sexo</td> <td><input type="checkbox"/> 8. Pai, mãe, padrasto ou madrasta</td> <td><input type="checkbox"/> 13. Avô ou avó</td> <td><input type="checkbox"/> 18. Empregado(a) doméstico(a)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Filho(a) do responsável e do cônjuge</td> <td><input type="checkbox"/> 9. Sogro(a)</td> <td><input type="checkbox"/> 14. Outro parente</td> <td><input type="checkbox"/> 19. Parente do(a) empregado(a) doméstico(a)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. Filho(a) somente do responsável</td> <td><input type="checkbox"/> 10. Neto(a)</td> <td><input type="checkbox"/> 15. Agregado(a) - Não parente que não compartilha despesas</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga C6)</p>		<input type="checkbox"/> 1. Pessoa responsável pelo domicílio	<input type="checkbox"/> 6. Enteado(a)	<input type="checkbox"/> 11. Bisneto(a)	<input type="checkbox"/> 16. Convivente - Não parente que compartilha despesas	<input type="checkbox"/> 2. Cônjuge ou companheiro(a) de sexo diferente	<input type="checkbox"/> 7. Genro ou nora	<input type="checkbox"/> 12. Irmão ou irmã	<input type="checkbox"/> 17. Pensionista	<input type="checkbox"/> 3. Cônjuge ou companheiro(a) do mesmo sexo	<input type="checkbox"/> 8. Pai, mãe, padrasto ou madrasta	<input type="checkbox"/> 13. Avô ou avó	<input type="checkbox"/> 18. Empregado(a) doméstico(a)	<input type="checkbox"/> 4. Filho(a) do responsável e do cônjuge	<input type="checkbox"/> 9. Sogro(a)	<input type="checkbox"/> 14. Outro parente	<input type="checkbox"/> 19. Parente do(a) empregado(a) doméstico(a)	<input type="checkbox"/> 5. Filho(a) somente do responsável	<input type="checkbox"/> 10. Neto(a)	<input type="checkbox"/> 15. Agregado(a) - Não parente que não compartilha despesas									
<input type="checkbox"/> 1. Pessoa responsável pelo domicílio	<input type="checkbox"/> 6. Enteado(a)	<input type="checkbox"/> 11. Bisneto(a)	<input type="checkbox"/> 16. Convivente - Não parente que compartilha despesas																										
<input type="checkbox"/> 2. Cônjuge ou companheiro(a) de sexo diferente	<input type="checkbox"/> 7. Genro ou nora	<input type="checkbox"/> 12. Irmão ou irmã	<input type="checkbox"/> 17. Pensionista																										
<input type="checkbox"/> 3. Cônjuge ou companheiro(a) do mesmo sexo	<input type="checkbox"/> 8. Pai, mãe, padrasto ou madrasta	<input type="checkbox"/> 13. Avô ou avó	<input type="checkbox"/> 18. Empregado(a) doméstico(a)																										
<input type="checkbox"/> 4. Filho(a) do responsável e do cônjuge	<input type="checkbox"/> 9. Sogro(a)	<input type="checkbox"/> 14. Outro parente	<input type="checkbox"/> 19. Parente do(a) empregado(a) doméstico(a)																										
<input type="checkbox"/> 5. Filho(a) somente do responsável	<input type="checkbox"/> 10. Neto(a)	<input type="checkbox"/> 15. Agregado(a) - Não parente que não compartilha despesas																											
<p>C6. Sexo:</p> <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino <p style="text-align: center;">(siga C7)</p>	<p>C7. Data de nascimento:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">dia</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">mês</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">ano</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga C8)</p>											dia	/	mês	/	ano						<p>C8. Idade:</p> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <p style="text-align: center;">(siga C9)</p>	<p>C9. Cor ou raça:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Branca</td> <td><input type="checkbox"/> 4. Parda</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Preta</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Indígena</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Amarela</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right; font-size: small;">(Se C008>=10 anos, siga C10. Se C008<10, passe ao C12.)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Branca	<input type="checkbox"/> 4. Parda	<input type="checkbox"/> 2. Preta	<input type="checkbox"/> 5. Indígena	<input type="checkbox"/> 3. Amarela	
dia	/	mês	/	ano																									
<input type="checkbox"/> 1. Branca	<input type="checkbox"/> 4. Parda																												
<input type="checkbox"/> 2. Preta	<input type="checkbox"/> 5. Indígena																												
<input type="checkbox"/> 3. Amarela																													

Para moradores de 10 anos ou mais de idade.

<p>C10. _____ vive com c3njugue ou companheiro(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. N3o</p> <p>(siga C11)</p>	<p>C11. Qual o estado civil de _____?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Casado(a)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Separado(a) ou desquitado(a) judicialmente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Divorciado(a)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Vi3uvo(a)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Solteiro(a)</p> <p>(siga C12)</p>
--	---

Para todos os moradores

C12. O informante desta parte foi:

1. A pr3pria pessoa

2. Outro morador

3. N3o morador

(Encerre o m3dulo. Passe ao M3dulo D.)

M3dulo D - Caracter3sticas de educa3o das pessoas de 5 anos ou mais de idade

Nesta parte, abordaremos quest3es sobre a educa3o de pessoas com 5 anos ou mais de idade.

<p>D1. _____ sabe ler e escrever?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. N3o</p> <p>(siga D2)</p>	<p>D2. _____ frequenta escola?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. N3o</p> <p>(Se D2=2, passe ao D8.)</p>	<p>D3. Qual 3 o curso que _____ frequenta?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Pr3-escolar (maternal e jardim de inf3ncia)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Alfabetiza3o de jovens e adultos</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Regular do ensino fundamental</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Educa3o de jovens e adulto (EJA) ou supletivo do ensino fundamental</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Regular do ensino m3dio</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Educa3o de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do ensino m3dio</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Superior - gradua3o</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Mestrado</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Doutorado</p> <p>(Se D3=1, 2, 8 ou 9, passe ao D15. Se D3=3 siga D4. Se D3=4, 5 ou 6, passar ao D5. Se D3=7, passe ao D6.)</p>
<p>D4. A dura3o deste curso que _____ frequenta 3 de:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 8 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 9 anos</p> <p>(siga D5)</p>	<p>D5. Este curso que _____ frequenta 3 seriado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. N3o</p> <p>(Se D5= 2, passe ao D15.)</p>	<p>D6. Se D3 = 3 e D4 = 2 ou Se D3 = 7: Qual 3 o ano que _____ frequenta? ou Para os demais casos: Qual 3 a s3rie que _____ frequenta?</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. S3tima(o)</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Oitava(o)</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Nona(o)</p> <p>(Se D3 = 7 , siga para D7. Caso contr3rio, passe ao D15.)</p>
<p>D7. _____ j3 concluiu algum outro curso superior de gradua3o?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. N3o</p> <p>(passe ao D15)</p>	<p>D8. Anteriormente _____ frequentou escola?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. N3o</p> <p>(Se D8=2, passe ao D15.)</p>	<p>D9. Qual foi o curso mais elevado que _____ frequentou anteriormente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Classe de alfabetiza3o – CA</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Alfabetiza3o de jovens e adultos</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Antigo prim3rio (elementar)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Antigo gin3sio (m3dio 13 ciclo)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Regular do ensino fundamental ou do 13 grau</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Educa3o de jovens e adulto (EJA) ou supletivo do ensino fundamental</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Antigo cient3fico, cl3ssico etc. (m3dio 23 ciclo)</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Regular do ensino m3dio ou do 23 grau</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Educa3o de jovens e adulto (EJA) ou supletivo do ensino m3dio</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Superior - gradua3o</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Mestrado</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Doutorado</p> <p>(Se D9=1, 2, 11 ou 12, passe ao D14.) (Se D9=3 ou 10, passe ao D12.) (Se D9=4, 6, 7, 8 ou 9, passe ao D11.) (Se D9=5, siga D10.)</p>
<p>D10. A dura3o deste curso que _____ frequentou anteriormente era de:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 8 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 9 anos</p> <p>(siga D11)</p>	<p>D11. Este curso que _____ frequentou anteriormente era seriado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. N3o</p> <p>(Se D11=2, passe ao D14.)</p>	<p>D12. _____ concluiu, com aprova3o, pelo menos a primeira s3rie deste curso que _____ frequentou anteriormente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. N3o</p> <p>(Se D12=2, passe ao D15.)</p>
<p>D13. Se D10 = 2 (9 anos): Qual foi o 3ltimo ano que _____ concluiu, com aprova3o, neste curso que frequentou anteriormente? ou Para os demais casos: Qual foi a 3ltima s3rie que _____ concluiu, com aprova3o, neste curso que frequentou anteriormente?</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. S3tima(o)</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Oitava(o)</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Nona(o)</p> <p>(siga D14)</p>		

<p>D14. ____ concluiu este curso que frequentou anteriormente?</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:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Outro morador <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não morador</p> <p>(Encerre o módulo. Passe ao Módulo E.)</p>
--	--

Módulo E - Trabalho dos moradores do domicílio

de 14 anos ou mais de idade

Ocupação

<p>E1. Na semana de 21 a 27 de julho de 2013 (semana de referência), ____ trabalhou ou estagiou, durante pelo menos uma hora, em alguma atividade remunerada em dinheiro? (Para a pessoa cuja natureza do trabalho implica em ofertar serviços ou aguardar clientes e que esteve à disposição, mas não conseguiu clientes na semana de referência, marque "Sim".)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se E1=1, passe ao E11.)</p>	<p>E2. Na semana de 21 a 27 de julho de 2013 (semana de referência), ____ trabalhou ou estagiou, durante pelo menos uma hora, em alguma atividade remunerada em produtos, mercadorias, moradia, alimentação, experiência profissional, etc.?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se E2=1, passe ao E11.)</p>	
<p>E3. Apesar do que acaba de dizer, na semana de 21 a 27 de julho de 2013 (semana de referência), ____ fez algum bico ou trabalhou em alguma atividade ocasional remunerada durante pelo menos uma hora? (EXEMPLOS: Na semana de referência a pessoa pode ter preparado doces ou salgados para fora, vendido cosméticos, prestado algum tipo de serviço, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se E3=1, passe ao E11.)</p>	<p>E4. Na semana de 21 a 27 de julho de 2013 (semana de referência), ____ ajudou durante pelo menos uma hora, sem receber pagamento, no trabalho remunerado de algum morador do domicílio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se E4=1, passe ao E11.)</p>	
<p>E5. Na semana de 21 a 27 de julho de 2013 (semana de referência), ____ tinha algum trabalho remunerado do qual estava temporariamente afastado? (ATENÇÃO: Trabalho remunerado é aquele pelo qual a pessoa recebia dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios, tais como moradia, alimentação, experiência profissional, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se E5=2, passe ao E22.)</p>	<p>E6. Na semana de 21 a 27 de julho de 2013 (semana de referência), porque motivo ____ estava afastado desse trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Férias, folga ou jornada de trabalho variável</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Licença maternidade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Licença remunerada por motivo de doença ou acidente da própria pessoa</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Outro tipo de licença remunerada (estudo, paternidade, 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 (tempo, paralisação nos serviços de transporte etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Greve ou paralisação</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Outro motivo (Especifique: _____)</p> <p>(Se 1, 2 ou 6, passe E11. Se 3, passe E8. Se 4, 5 ou 7, passe E10. Se 8, siga E7.)</p>	
<p>E7. Durante o tempo de afastamento, ____ continuou a receber ao menos uma parte do pagamento?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(passe ao E10)</p>	<p>E8. A doença ou acidente foi relacionado ao trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga E10)</p>	<p>E10. Em 27 de julho de 2013 (último dia da semana de referência), fazia quanto tempo que ____ estava afastado desse trabalho?</p> <p><input type="text"/> dias <input type="text"/> meses <input type="text"/> anos</p> <p>(Se E10 <3 meses e E6 = 3, 4, 5 ou 7, siga para E11. Se E10 <3 meses e E6 = 8 e E7=1, siga para E11. Caso contrário, passe E22.)</p>

Pessoas ocupadas

<p>E11. Quantos trabalhos ____ tinha na semana de 21 a 27 de julho de 2013 (semana de referência)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um <input type="checkbox"/> 2. Dois <input type="checkbox"/> 3. Três ou mais</p> <p>(Se E11=1, siga para E12. Se E11=2 ou 3, leia o texto abaixo.)</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 2013 (último dia da semana de referência).

Trabalho principal

<p>E12. Qual era a ocupação (cargo ou função) que ____ tinha nesse trabalho?</p> <p><input type="text"/></p> <p>Código <input type="text"/></p> <p>(siga E13)</p>

Pessoas não ocupadas - Procura de trabalho

<p>E22. No período de 28 de junho a 27 de julho de 2013 (período de referência de 30 dias), _____ tomou alguma providência para conseguir trabalho, seja um emprego ou um negócio próprio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: right;">(Se E22=2, passe ao E24.)</p>	<p>E23. No período de 28 de junho a 27 de julho de 2013 (período de referência de 30 dias), qual foi a principal providência que _____ tomou para conseguir trabalho?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 1. Entrou diretamente em contato com empregador (em fábrica, fazenda, mercado, loja ou outro local de trabalho)</td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 7. Buscou ajuda financeira para iniciar o próprio negócio</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2. Fez ou inscreveu-se em concurso</td> <td style="vertical-align: top; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 8. Procurou local, equipamento ou maquinário para iniciar o próprio negócio</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3. Consultou agência privada ou sindicato</td> <td style="vertical-align: top; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 9. Solicitou registro ou licença para iniciar o próprio negócio</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 4. Consultou agência municipal, estadual ou o Sistema Nacional de Emprego (SINE)</td> <td style="vertical-align: top; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 10. Tomou outra providência (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 5. Colocou ou respondeu anúncio</td> <td style="vertical-align: top; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 11. Não tomou providência efetiva</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 6. Consultou parente, amigo ou colega</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">(Se E23≠ 11, passe ao E25.)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Entrou diretamente em contato com empregador (em fábrica, fazenda, mercado, loja ou outro local de trabalho)	<input type="checkbox"/> 7. Buscou ajuda financeira para iniciar o próprio negócio	<input type="checkbox"/> 2. Fez ou inscreveu-se em concurso	<input type="checkbox"/> 8. Procurou local, equipamento ou maquinário para iniciar o próprio negócio	<input type="checkbox"/> 3. Consultou agência privada ou sindicato	<input type="checkbox"/> 9. Solicitou registro ou licença para iniciar o próprio negócio	<input type="checkbox"/> 4. Consultou agência municipal, estadual ou o Sistema Nacional de Emprego (SINE)	<input type="checkbox"/> 10. Tomou outra providência (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 5. Colocou ou respondeu anúncio	<input type="checkbox"/> 11. Não tomou providência efetiva	<input type="checkbox"/> 6. Consultou parente, amigo ou colega	
<input type="checkbox"/> 1. Entrou diretamente em contato com empregador (em fábrica, fazenda, mercado, loja ou outro local de trabalho)	<input type="checkbox"/> 7. Buscou ajuda financeira para iniciar o próprio negócio												
<input type="checkbox"/> 2. Fez ou inscreveu-se em concurso	<input type="checkbox"/> 8. Procurou local, equipamento ou maquinário para iniciar o próprio negócio												
<input type="checkbox"/> 3. Consultou agência privada ou sindicato	<input type="checkbox"/> 9. Solicitou registro ou licença para iniciar o próprio negócio												
<input type="checkbox"/> 4. Consultou agência municipal, estadual ou o Sistema Nacional de Emprego (SINE)	<input type="checkbox"/> 10. Tomou outra providência (Especifique: _____)												
<input type="checkbox"/> 5. Colocou ou respondeu anúncio	<input type="checkbox"/> 11. Não tomou providência efetiva												
<input type="checkbox"/> 6. Consultou parente, amigo ou colega													

E24. Qual foi o principal motivo de _____ não ter tomado providência para conseguir trabalho no período de 28 de junho a 27 de julho de 2013 (período de referência de 30 dias)?

<input type="checkbox"/> 1. Conseguiu proposta de trabalho para começar após a semana de referência	<input type="checkbox"/> 7. Incapacidade física, mental ou doença permanente
<input type="checkbox"/> 2. Aguardando resposta de medida tomada para conseguir trabalho	<input type="checkbox"/> 8. Aposentado por idade/tempo de serviço ou contribuição
<input type="checkbox"/> 3. Desistiu de procurar por não conseguir encontrar trabalho	<input type="checkbox"/> 9. Aposentado por doença/invalidez
<input type="checkbox"/> 4. Acha que não vai encontrar trabalho por ser muito jovem ou muito idoso	<input type="checkbox"/> 10. Não desejava trabalhar
<input type="checkbox"/> 5. Tinha que cuidar de filho(s), de outro(s) dependente(s) ou dos afazeres domésticos	<input type="checkbox"/> 11. Outro motivo (Especifique: _____)
<input type="checkbox"/> 6. Estudo	

(Se E24=1 ou 2, siga E25. Se E24=3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 ou 11, passe ao E26.)

E25. Até o dia 27 de julho de 2013 (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.

<input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 mês	<input type="checkbox"/> 3. De 1 ano a menos de 2 anos (1 ano e <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> meses)
<input type="checkbox"/> 2. De 1 mês a menos de 1 ano (<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> meses)	<input type="checkbox"/> 4. 2 anos ou mais (<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> anos)

(siga E26)

<p>E26. Se tivesse conseguido um trabalho _____ poderia ter começado a trabalhar na semana de 21 a 27 de julho de 2013 (semana de referência)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: right;">(siga E27)</p>	<p>E27. O informante desta parte foi:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa</td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 3. Não morador</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2. Outro morador (<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>)</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">(Encerre o módulo. Passe ao Módulo F)</p>	<input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa	<input type="checkbox"/> 3. Não morador	<input type="checkbox"/> 2. Outro morador (<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>)	
<input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa	<input type="checkbox"/> 3. Não morador				
<input type="checkbox"/> 2. Outro morador (<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>)					

Módulo F - Rendimentos domiciliares

No mês de julho (mês de referência) algum morador desse domicílio recebeu rendimento de:

<p>F1. Aposentadoria ou pensão de instituto de previdência federal (INSS), estadual, municipal ou do governo federal, estadual, municipal?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">1. Morador 1 (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. Morador 2 (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. Morador 3 (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>n. Morador n (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: right;">(siga F7)</p>		1. Morador 1 (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)		2. Morador 2 (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)		3. Morador 3 (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)		n. Morador n (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)	<p>F7. Pensão alimentícia ou doação em dinheiro de pessoa que não morava no domicílio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">1. Morador 1 (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. Morador 2 (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. Morador 3 (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>n. Morador n (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: right;">(siga F8)</p>		1. Morador 1 (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)		2. Morador 2 (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)		3. Morador 3 (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)		n. Morador n (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)
	1. Morador 1 (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)																
	2. Morador 2 (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)																
	3. Morador 3 (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)																
	n. Morador n (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)																
	1. Morador 1 (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)																
	2. Morador 2 (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)																
	3. Morador 3 (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)																
	n. Morador n (R\$ <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>)																

<p>F8. Aluguel ou arrendamento?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p>1. Morador 1 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>2. Morador 2 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>3. Morador 3 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>n. Morador n (R\$ <input type="text"/>)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga F10)</p>	<p>F10. Seguro-desemprego, seguro defeso?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p>1. Morador 1 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>2. Morador 2 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>3. Morador 3 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>n. Morador n (R\$ <input type="text"/>)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga F11)</p>
<p>F11. Benefício Assistencial de Prestação Continuada BPC-LOAS?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p>1. Morador 1 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>2. Morador 2 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>3. Morador 3 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>n. Morador n (R\$ <input type="text"/>)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga F12)</p>	<p>F12. Programa Bolsa Família?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p>1. Morador 1 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>2. Morador 2 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>3. Morador 3 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>n. Morador n (R\$ <input type="text"/>)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga F13)</p>
<p>F13. Outros programas sociais do governo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p>1. Morador 1 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>2. Morador 2 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>3. Morador 3 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>n. Morador n (R\$ <input type="text"/>)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga F14)</p>	<p>F14. Rendimentos de caderneta de poupança, juros de aplicação financeira ou dividendos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p>1. Morador 1 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>2. Morador 2 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>3. Morador 3 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>n. Morador n (R\$ <input type="text"/>)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga F15)</p>
<p>F15. Outros rendimentos? (Especifique: _____)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p>1. Morador 1 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>2. Morador 2 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>3. Morador 3 (R\$ <input type="text"/>)</p> <p>n. Morador n (R\$ <input type="text"/>)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga F16)</p>	<p>F16. O informante desta parte foi:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Própria pessoa</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Outro morador <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não morador</p> <p>(Encerre o módulo. Passe ao Módulo G)</p>

Módulo G - Pessoas com Deficiências

Neste módulo, abordaremos questões sobre deficiências. Primeiramente, vamos abordar a deficiência intelectual, isto é, desenvolvimento intelectual abaixo do normal.

<p>G1. _____ tem deficiência intelectual?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se G1=2, passe ao G6.)</p>	<p>G2. _____ nasceu com a deficiência intelectual ou a deficiência foi adquirida por doença ou acidente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nasceu com a deficiência</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Foi adquirida. Com que idade? <input type="text"/></p> <p>(siga G3)</p>	<p>G3. A deficiência intelectual está associada a alguma dessas síndromes ou transtornos de desenvolvimento?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Síndrome de Down</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Autismo</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Paralisia cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Outra síndrome (Especifique: _____)</p> <p>(siga G4)</p>
--	---	---

<p>G4. Em geral, em que grau a deficiência intelectual limita as atividades habituais (como ir à escola, brincar, trabalhar etc.) de _____?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não limita <input type="checkbox"/> 3. Moderadamente <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente/Não consegue</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco <input type="checkbox"/> 4. Intensamente</p> <p style="text-align: center;">(siga G5)</p>	<p>G5. _____ frequenta algum serviço de reabilitação devido à deficiência intelectual?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga G6)</p>	<p>G6. _____ tem alguma deficiência física?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se G6=2, passe ao G14.)</p>
--	---	---

<p>G7. _____ nasceu com a deficiência física ou a deficiência foi adquirida por doença ou acidente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nasceu com a deficiência</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Foi adquirida. Com que idade? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">(siga G8)</p>	<p>G8. Qual deficiência física?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. Paralisia permanente de um dos lados do corpo <input type="checkbox"/> 08. Amputação ou ausência de pé</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Paralisia permanente das pernas e dos braços <input type="checkbox"/> 09. Deformidade congênita ou adquirida em um ou mais membros</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Paralisia permanente das pernas <input type="checkbox"/> 10. Deficiência motora em decorrência de poliomielite ou paralisia infantil</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Paralisia permanente de uma das pernas <input type="checkbox"/> 11. Ostomia (adaptação de bolsa de fezes e/ou urina)</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Amputação ou ausência de perna <input type="checkbox"/> 12. Nanismo</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Amputação ou ausência de braço <input type="checkbox"/> 13. Outra (Especifique: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 07. Amputação ou ausência de mão</p> <p style="text-align: center;">(siga G9)</p>
---	--

<p>G9. Em geral, em que grau a deficiência física limita as atividades habituais de _____?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não limita <input type="checkbox"/> 3. Moderadamente <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente/Não consegue</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco <input type="checkbox"/> 4. Intensamente</p> <p style="text-align: center;">(siga G10)</p>	<p>G10. _____ frequenta algum serviço de reabilitação devido à deficiência física?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga G14)</p>
--	--

Agora vamos abordar a deficiência auditiva permanente, isto é, perda parcial ou total das possibilidades de ouvir.

<p>G14. _____ tem deficiência auditiva?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se G14=2, passe ao G21.)</p>	<p>G15. _____ nasceu com a deficiência auditiva ou a deficiência foi adquirida?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nasceu com a deficiência</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Foi adquirida. Com que idade? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">(siga G16)</p>	<p>G16. Qual deficiência auditiva?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Surdez dos dois ouvidos <input type="checkbox"/> 4. Audição reduzida de ambos os ouvidos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Surdez de um ouvido e audição reduzida do outro <input type="checkbox"/> 5. Audição reduzida em um dos ouvidos</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Surdez de um ouvido e audição normal do outro</p> <p style="text-align: center;">(siga G17)</p>
<p>G17. Em geral, em que grau a deficiência auditiva limita as atividades habituais de _____?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não limita <input type="checkbox"/> 3. Moderadamente <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco <input type="checkbox"/> 4. Intensamente</p> <p style="text-align: center;">(siga G18)</p>		<p>G18. _____ frequenta algum serviço de reabilitação devido à deficiência auditiva?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga G21)</p>

Agora vamos abordar a deficiência visual permanente, isto é, perda parcial ou total das possibilidades de ver.

<p>G21. _____ tem deficiência visual?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se G21=2, passe ao G32.)</p>	<p>G22. _____ nasceu com a deficiência visual ou a deficiência foi adquirida?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nasceu com a deficiência</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Foi adquirida. Com que idade? <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">(siga G23)</p>	<p>G23. Qual deficiência visual?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Cegueira de ambos os olhos <input type="checkbox"/> 4. Baixa visão de ambos os olhos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Cegueira de um olho e visão reduzida do outro <input type="checkbox"/> 5. Baixa visão em um dos olhos</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Cegueira de um olho e visão normal do outro</p> <p style="text-align: center;">(Se G23=1 ou 2, siga G24. Se G23= 3, 4 ou 5, passe ao G26.)</p>
<p>G24. _____ usa algum recurso para auxiliar a locomoção?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se G24=1, siga G25. Se G24=2, passe ao G26.)</p>	<p>G25. Qual ou quais destes recursos _____ faz uso?</p> <p>a. Bengala articulada <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>b. Cão guia <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>c. Outro (Especifique _____)</p> <p style="text-align: center;">(siga G26)</p>	

<p>G26. Em geral, em que grau a deficiência visual limita as atividades habituais de _____?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não limita <input type="checkbox"/> 3. Moderadamente <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco <input type="checkbox"/> 4. Intensamente</p> <p>(siga G27)</p>	<p>G27. _____ frequenta algum serviço de reabilitação devido à deficiência visual?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga G32)</p>	<p>G32. O informante desta parte foi:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Outro morador <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não morador</p> <p>(Encerre o módulo. Passe ao Módulo I)</p>
--	--	---

Módulo I - Cobertura de Plano de Saúde

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre plano ou seguro de saúde.

<p>I1. _____ tem algum plano de saúde (médico ou odontológico), particular, de empresa ou órgão público?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se I1=2, passe ao módulo J.)</p>	<p>I2. _____ tem quantos planos de saúde (médico ou odontológico) particular, de empresa ou órgão público?</p> <p><input type="text"/></p> <p>(siga I3)</p>	<p>I3. _____ tem algum plano de saúde apenas para assistência odontológica?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se I2=1, siga I4. Se I2>1, leia o texto: Para as questões seguintes, considere o plano de saúde principal.)</p>	<p>I4. O plano de saúde (único ou principal) que _____ possui é de instituição de assistência de servidor público (municipal, estadual ou militar)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga I5)</p>
<p>I5. Há quanto tempo sem interrupção _____ possui esse plano de saúde?</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>(siga I16)</p>	<p>I6. _____ considera este plano de saúde:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Muito bom <input type="checkbox"/> 4. Ruim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Bom <input type="checkbox"/> 5. Muito ruim</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Regular <input type="checkbox"/> 6. Nunca usou o plano de saúde</p> <p>(siga I7)</p>	<p>I7. Quem é o titular do plano de saúde de _____?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Número de ordem do titular <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Titular não morador</p> <p>(I7=2, passe ao I12.)</p>	
<p>I8. _____ tem alguém que não mora neste domicílio como dependente ou agregado neste plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se I8=1, siga I9. Se I8=2, passe ao I10.)</p>	<p>I9. Quantas pessoas que não moram neste domicílio _____ tem como dependentes ou agregados no plano de saúde?</p> <p><input type="text"/></p> <p>(siga I10)</p>	<p>I10. Quem paga a mensalidade deste plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Somente o empregador do titular <input type="checkbox"/> 5. Outro morador do domicílio</p> <p><input type="checkbox"/> 2. O titular, através do trabalho atual <input type="checkbox"/> 6. Pessoa não moradora do domicílio</p> <p><input type="checkbox"/> 3. O titular, através do trabalho anterior <input type="checkbox"/> Outro (Especifique: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. O titular, diretamente ao plano</p> <p>(Se I10=2, 3, 4 ou 5, siga I11. Se I10=1, 6 ou 7, passe ao I12.)</p>	
<p>I11. Qual é o valor da mensalidade deste plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de R\$50,00 <input type="checkbox"/> 5. De R\$300,00 a menos de R\$500,00</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De R\$50,00 a menos de R\$100,00 <input type="checkbox"/> 6. De R\$500,00 a menos de R\$1000,00</p> <p><input type="checkbox"/> 3. De R\$100,00 a menos de R\$200,00 <input type="checkbox"/> 7. R\$1000,00 e mais</p> <p><input type="checkbox"/> 4. De R\$200,00 a menos de R\$300,00</p> <p>(siga I12)</p>			<p>I12. O informante desta parte foi:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Outro morador <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não morador</p> <p>(Encerre o módulo. Passe ao módulo J.)</p>

Módulo J - Utilização de Serviços de Saúde

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 <input type="checkbox"/> 5. Muito ruim</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Regular</p> <p>(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 de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se J2=2, passe ao J7.)</p>	<p>J3. Nas duas últimas semanas, quantos dias _____ deixou de realizar suas atividades habituais, por motivo de saúde?</p> <p><input type="text"/></p> <p>dias</p> <p>(siga J4)</p>
---	--	---

J4. Qual foi o principal motivo de saúde que impediu _____ de realizar suas atividades habituais nas duas últimas semanas?

<input type="checkbox"/> 01. Dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca	<input type="checkbox"/> 10. Resfriado / gripe	<input type="checkbox"/> 18. Depressão
<input type="checkbox"/> 02. Dor nos braços ou nas mãos	<input type="checkbox"/> 11. Asma / bronquite / pneumonia	<input type="checkbox"/> 19. Outro problema de saúde mental
<input type="checkbox"/> 03. Artrite ou reumatismo	<input type="checkbox"/> 12. Diarréia / vômito / náusea / gastrite	<input type="checkbox"/> 20. Outra doença
<input type="checkbox"/> 04. DORT- doença osteomuscular relacionada ao trabalho	<input type="checkbox"/> 13. Dengue	<input type="checkbox"/> 21. Lesão provocada por acidente de trânsito
<input type="checkbox"/> 05. Dor de cabeça ou enxaqueca	<input type="checkbox"/> 14. Pressão alta ou outra doença do coração (como infarto, angina, insuficiência cardíaca)	<input type="checkbox"/> 22. Lesão provocada por outro tipo de acidente
<input type="checkbox"/> 06. Problemas menstruais	<input type="checkbox"/> 15. Diabetes	<input type="checkbox"/> 23. Lesão provocada por agressão ou outra violência
<input type="checkbox"/> 07. Problemas da gravidez	<input type="checkbox"/> 16. AVC ou derrame	<input type="checkbox"/> 24. Outro problema de saúde (Especifique: _____)
<input type="checkbox"/> 08. Parto	<input type="checkbox"/> 17. Câncer	
<input type="checkbox"/> 09. Problema odontológico		

(siga J5)

<p>J5. Nas duas últimas semanas _____ esteve acamado(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se J5=2, passe ao J7.)</p>	<p>J6. Nas duas últimas semanas, quantos dias _____ esteve acamado(a)?</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">dias (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 _____?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se J7=2, passe ao J9.)</p>
---	--	---

<p>J8. Esta doença limita de alguma forma suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos, etc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga J9)</p>	<p>J9. _____ costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se J9=2, passe ao J11.)</p>
--	---

<p>J10. Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde _____ costuma procurar:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01. Farmácia</td> <td><input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)</td> <td><input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 03. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica</td> <td><input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)</td> <td><input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)</td> <td><input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico particular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público</td> <td><input type="checkbox"/> 13. Outro serviço (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga J11)</p>	<input type="checkbox"/> 01. Farmácia	<input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada	<input type="checkbox"/> 02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	<input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato	<input type="checkbox"/> 03. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica	<input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado	<input type="checkbox"/> 04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	<input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família	<input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	<input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico particular	<input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	<input type="checkbox"/> 13. Outro serviço (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório		<p>J11. Quando _____ consultou um médico pela última vez?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nos doze últimos meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De 1 ano a menos de 2 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 3. De 2 anos a menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 3 anos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Nunca foi ao médico</p> <p style="text-align: center;">(Se J11≠ 1, passe ao J13.)</p>
<input type="checkbox"/> 01. Farmácia	<input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada														
<input type="checkbox"/> 02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	<input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato														
<input type="checkbox"/> 03. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica	<input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado														
<input type="checkbox"/> 04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	<input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família														
<input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	<input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico particular														
<input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	<input type="checkbox"/> 13. Outro serviço (Especifique: _____)														
<input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório															

<p>J12. Quantas vezes _____ consultou o médico nos últimos 12 meses?</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">vezes (siga J13)</p>	<p>J13. Quando _____ consultou um dentista pela última vez?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Nos doze últimos meses</td> <td><input type="checkbox"/> 4. 3 anos ou mais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. De 1 ano a menos de 2 anos</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Nunca foi ao dentista</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. De 2 anos a menos de 3 anos</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga J14)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Nos doze últimos meses	<input type="checkbox"/> 4. 3 anos ou mais	<input type="checkbox"/> 2. De 1 ano a menos de 2 anos	<input type="checkbox"/> 5. Nunca foi ao dentista	<input type="checkbox"/> 3. De 2 anos a menos de 3 anos		<p>J14. Nas duas últimas semanas, _____ procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se J14=2, passe ao J36.)</p>
<input type="checkbox"/> 1. Nos doze últimos meses	<input type="checkbox"/> 4. 3 anos ou mais							
<input type="checkbox"/> 2. De 1 ano a menos de 2 anos	<input type="checkbox"/> 5. Nunca foi ao dentista							
<input type="checkbox"/> 3. De 2 anos a menos de 3 anos								

J15. Qual foi o motivo principal pelo qual _____ procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?

<input type="checkbox"/> 1. Acidente ou lesão	<input type="checkbox"/> 7. Puericultura	<input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: _____)
<input type="checkbox"/> 2. Doença	<input type="checkbox"/> 8. Parto	
<input type="checkbox"/> 3. Problema odontológico	<input type="checkbox"/> 9. Exame complementar de diagnóstico	
<input type="checkbox"/> 4. Reabilitação ou terapia	<input type="checkbox"/> 10. Vacinação	
<input type="checkbox"/> 5. Continuação de tratamento	<input type="checkbox"/> 11. Outro atendimento preventivo	
<input type="checkbox"/> 6. Pré-natal	<input type="checkbox"/> 12. Solicitação de atestado de saúde	

(siga J16)

<p>J16. Onde ____ procurou o primeiro atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Farmácia</td> <td><input type="checkbox"/> 8. Consultório particular ou clínica privada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)</td> <td><input type="checkbox"/> 9. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica</td> <td><input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)</td> <td><input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)</td> <td><input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico particular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6. Pronto-socorro ou emergência de hospital público</td> <td><input type="checkbox"/> 13. Outro serviço (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7. Hospital público/ambulatório</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga J17)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Farmácia	<input type="checkbox"/> 8. Consultório particular ou clínica privada	<input type="checkbox"/> 2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	<input type="checkbox"/> 9. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato	<input type="checkbox"/> 3. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica	<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 profissional da equipe de saúde da família	<input type="checkbox"/> 5. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	<input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico particular	<input type="checkbox"/> 6. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	<input type="checkbox"/> 13. Outro serviço (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 7. Hospital público/ambulatório		<p>J17. Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, _____ foi atendido(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: right;">(Se J17=1, passe ao J23. Se J17=2, siga J18.)</p>
<input type="checkbox"/> 1. Farmácia	<input type="checkbox"/> 8. Consultório particular ou clínica privada														
<input type="checkbox"/> 2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	<input type="checkbox"/> 9. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato														
<input type="checkbox"/> 3. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica	<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 profissional da equipe de saúde da família														
<input type="checkbox"/> 5. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	<input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico particular														
<input type="checkbox"/> 6. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	<input type="checkbox"/> 13. Outro serviço (Especifique: _____)														
<input type="checkbox"/> 7. Hospital público/ambulatório															
<p>J18. Por que motivo _____ não foi atendido(a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Não conseguiu vaga ou pegar senha</td> <td><input type="checkbox"/> 6. O serviço de saúde não estava funcionando</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Não tinha médico atendendo</td> <td><input type="checkbox"/> 7. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Não tinha dentista atendendo</td> <td><input type="checkbox"/> 8. Não podia pagar pela consulta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender</td> <td><input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. Esperou muito e desistiu</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga J19)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Não conseguiu vaga ou pegar senha	<input type="checkbox"/> 6. O serviço de saúde não estava funcionando	<input type="checkbox"/> 2. Não tinha médico atendendo	<input type="checkbox"/> 7. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso	<input type="checkbox"/> 3. Não tinha dentista atendendo	<input type="checkbox"/> 8. Não podia pagar pela consulta	<input type="checkbox"/> 4. Não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender	<input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 5. Esperou muito e desistiu		<p>J19. Nas duas últimas semanas, quantas vezes _____ voltou a procurar atendimento de saúde por este motivo?</p> <p><input type="checkbox"/> _____ vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Nenhuma</p> <p style="text-align: right;">(Se J19≠0, siga J20. Se J19=0, passe ao J37.)</p>				
<input type="checkbox"/> 1. Não conseguiu vaga ou pegar senha	<input type="checkbox"/> 6. O serviço de saúde não estava funcionando														
<input type="checkbox"/> 2. Não tinha médico atendendo	<input type="checkbox"/> 7. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso														
<input type="checkbox"/> 3. Não tinha dentista atendendo	<input type="checkbox"/> 8. Não podia pagar pela consulta														
<input type="checkbox"/> 4. Não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender	<input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: _____)														
<input type="checkbox"/> 5. Esperou muito e desistiu															
<p>J20. Onde ____ procurou o último atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01. Farmácia</td> <td><input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)</td> <td><input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 03. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica</td> <td><input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)</td> <td><input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)</td> <td><input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico particular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público</td> <td><input type="checkbox"/> 13. Outro serviço (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga J21)</p>	<input type="checkbox"/> 01. Farmácia	<input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada	<input type="checkbox"/> 02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	<input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato	<input type="checkbox"/> 03. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica	<input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado	<input type="checkbox"/> 04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	<input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família	<input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	<input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico particular	<input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	<input type="checkbox"/> 13. Outro serviço (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório		<p>J21. Nessa última vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, _____ foi atendido(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: right;">(Se J21=1, passe ao J23. Se J21=2, siga J22.)</p>
<input type="checkbox"/> 01. Farmácia	<input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada														
<input type="checkbox"/> 02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	<input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato														
<input type="checkbox"/> 03. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica	<input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado														
<input type="checkbox"/> 04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	<input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família														
<input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	<input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico particular														
<input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	<input type="checkbox"/> 13. Outro serviço (Especifique: _____)														
<input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório															
<p>J22. Por que motivo _____ não foi atendido(a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Não conseguiu vaga ou pegar senha</td> <td><input type="checkbox"/> 6. O serviço de saúde não estava funcionando</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Não tinha médico atendendo</td> <td><input type="checkbox"/> 7. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Não tinha dentista atendendo</td> <td><input type="checkbox"/> 8. Não podia pagar pela consulta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Não havia profissional de saúde especializado para atender</td> <td><input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. Esperou muito e desistiu</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(passe ao J37)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Não conseguiu vaga ou pegar senha	<input type="checkbox"/> 6. O serviço de saúde não estava funcionando	<input type="checkbox"/> 2. Não tinha médico atendendo	<input type="checkbox"/> 7. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso	<input type="checkbox"/> 3. Não tinha dentista atendendo	<input type="checkbox"/> 8. Não podia pagar pela consulta	<input type="checkbox"/> 4. Não havia profissional de saúde especializado para atender	<input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 5. Esperou muito e desistiu		<p>J23. Este serviço de saúde onde _____ foi atendido era:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Público</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Privado</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p style="text-align: right;">(siga J24)</p>				
<input type="checkbox"/> 1. Não conseguiu vaga ou pegar senha	<input type="checkbox"/> 6. O serviço de saúde não estava funcionando														
<input type="checkbox"/> 2. Não tinha médico atendendo	<input type="checkbox"/> 7. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso														
<input type="checkbox"/> 3. Não tinha dentista atendendo	<input type="checkbox"/> 8. Não podia pagar pela consulta														
<input type="checkbox"/> 4. Não havia profissional de saúde especializado para atender	<input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: _____)														
<input type="checkbox"/> 5. Esperou muito e desistiu															
<p>J24. Este atendimento de saúde de _____ foi coberto por algum plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga J25)</p>	<p>J25. _____ pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas? <i>Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga J26)</p>	<p>J26. O atendimento de _____ foi feito pelo SUS?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p style="text-align: right;">(siga J27)</p>													

<p>J27. Qual foi o principal atendimento de saúde que _____ recebeu?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01. Consulta médica</td> <td><input type="checkbox"/> 07. Vacinação</td> <td><input type="checkbox"/> 12. Pequena cirurgia em ambulatório</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 02. Consulta odontológica</td> <td><input type="checkbox"/> 08. Injeção, curativo ou medição de pressão arterial</td> <td><input type="checkbox"/> 13. Internação hospitalar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 03. Consulta com outro profissional de saúde (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, enfermeiro, etc.)</td> <td><input type="checkbox"/> 09. Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou hemoterapia</td> <td><input type="checkbox"/> 14. Marcação de consulta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 04. Atendimento com agente comunitário de saúde</td> <td><input type="checkbox"/> 10. Exames laboratoriais ou de imagem ou exames complementares de diagnóstico</td> <td><input type="checkbox"/> 15. Práticas complementares como acupuntura, homeopatia e fitoterapia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 05. Atendimento com parteira</td> <td><input type="checkbox"/> 11. Gesso ou imobilização</td> <td><input type="checkbox"/> 16. Outro atendimento (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 06. Atendimento na farmácia</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(Se J27#14, siga J29. Se J27= 14 ou 3, passe ao J37.)</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 01. Consulta médica	<input type="checkbox"/> 07. Vacinação	<input type="checkbox"/> 12. Pequena cirurgia em ambulatório	<input type="checkbox"/> 02. Consulta odontológica	<input type="checkbox"/> 08. Injeção, curativo ou medição de pressão arterial	<input type="checkbox"/> 13. Internação hospitalar	<input type="checkbox"/> 03. Consulta com outro profissional de saúde (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, enfermeiro, etc.)	<input type="checkbox"/> 09. Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou hemoterapia	<input type="checkbox"/> 14. Marcação de consulta	<input type="checkbox"/> 04. Atendimento com agente comunitário de saúde	<input type="checkbox"/> 10. Exames laboratoriais ou de imagem ou exames complementares de diagnóstico	<input type="checkbox"/> 15. Práticas complementares como acupuntura, homeopatia e fitoterapia	<input type="checkbox"/> 05. Atendimento com parteira	<input type="checkbox"/> 11. Gesso ou imobilização	<input type="checkbox"/> 16. Outro atendimento (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 06. Atendimento na farmácia	(Se J27#14, siga J29. Se J27= 14 ou 3, passe ao J37.)	
<input type="checkbox"/> 01. Consulta médica	<input type="checkbox"/> 07. Vacinação	<input type="checkbox"/> 12. Pequena cirurgia em ambulatório																			
<input type="checkbox"/> 02. Consulta odontológica	<input type="checkbox"/> 08. Injeção, curativo ou medição de pressão arterial	<input type="checkbox"/> 13. Internação hospitalar																			
<input type="checkbox"/> 03. Consulta com outro profissional de saúde (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, enfermeiro, etc.)	<input type="checkbox"/> 09. Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou hemoterapia	<input type="checkbox"/> 14. Marcação de consulta																			
<input type="checkbox"/> 04. Atendimento com agente comunitário de saúde	<input type="checkbox"/> 10. Exames laboratoriais ou de imagem ou exames complementares de diagnóstico	<input type="checkbox"/> 15. Práticas complementares como acupuntura, homeopatia e fitoterapia																			
<input type="checkbox"/> 05. Atendimento com parteira	<input type="checkbox"/> 11. Gesso ou imobilização	<input type="checkbox"/> 16. Outro atendimento (Especifique: _____)																			
<input type="checkbox"/> 06. Atendimento na farmácia	(Se J27#14, siga J29. Se J27= 14 ou 3, passe ao J37.)																				
<p>J29. No último atendimento de _____, foi receitado algum medicamento?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se J29=1, siga J30. Se J29=2, passe ao J37.)</p>	<p>J30. _____ conseguiu obter os medicamentos receitados?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Nenhum</p> <p style="text-align: center;">(Se J30=1, passe ao J32. Se J30= 2 ou 3, siga J31.)</p>	<p>J31. Qual o principal motivo de _____ não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Não conseguiu obter no serviço público de saúde, pois a farmácia estava fechada</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Não tinha dinheiro para comprar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Os medicamentos não estavam disponíveis no serviço de saúde</td> <td><input type="checkbox"/> 7. Não achou necessário</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no programa farmácia popular (PFP)</td> <td><input type="checkbox"/> 8. Desistiu de procurar, pois melhorou</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Não tinha farmácia próxima ou teve dificuldade de transporte</td> <td><input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Se J30=3, passe ao J37. Se J30=2, siga J32.)</p>		<input type="checkbox"/> 1. Não conseguiu obter no serviço público de saúde, pois a farmácia estava fechada	<input type="checkbox"/> 6. Não tinha dinheiro para comprar	<input type="checkbox"/> 2. Os medicamentos não estavam disponíveis no serviço de saúde	<input type="checkbox"/> 7. Não achou necessário	<input type="checkbox"/> 3. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no programa farmácia popular (PFP)	<input type="checkbox"/> 8. Desistiu de procurar, pois melhorou	<input type="checkbox"/> 4. Não tinha farmácia próxima ou teve dificuldade de transporte	<input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 5. Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia									
<input type="checkbox"/> 1. Não conseguiu obter no serviço público de saúde, pois a farmácia estava fechada	<input type="checkbox"/> 6. Não tinha dinheiro para comprar																				
<input type="checkbox"/> 2. Os medicamentos não estavam disponíveis no serviço de saúde	<input type="checkbox"/> 7. Não achou necessário																				
<input type="checkbox"/> 3. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no programa farmácia popular (PFP)	<input type="checkbox"/> 8. Desistiu de procurar, pois melhorou																				
<input type="checkbox"/> 4. Não tinha farmácia próxima ou teve dificuldade de transporte	<input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: _____)																				
<input type="checkbox"/> 5. Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia																					
<p>J32. Algum dos medicamentos foi coberto por plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p style="text-align: center;">(Se J32=1, passe ao J35. Se J32=2 ou 3, siga J33.)</p>	<p>J33. Algum dos medicamentos foi obtido no programa farmácia popular (PFP)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p style="text-align: center;">(Se J33=1, passe ao J35. Se J33=2 ou 3, siga J34.)</p>	<p>J34. Algum dos medicamentos foi obtido em serviço público de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p style="text-align: center;">(siga J35)</p>	<p>J35. _____ pagou algum valor pelos medicamentos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(passe ao J37)</p>																		
<p>J36. Nas duas últimas semanas, por que motivo _____ não procurou serviço de saúde?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01. Não houve necessidade</td> <td><input type="checkbox"/> 06. O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades</td> <td><input type="checkbox"/> 10. Greve nos serviços de saúde</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 02. Não tinha dinheiro</td> <td><input type="checkbox"/> 07. Achou que não tinha direito</td> <td><input type="checkbox"/> 11. Dificuldade de transporte</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 03. O local de atendimento era distante ou de difícil acesso</td> <td><input type="checkbox"/> 08. Não tinha quem o(a) acompanhasse</td> <td><input type="checkbox"/> 12. Outro motivo (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 04. Horário incompatível</td> <td><input type="checkbox"/> 09. Não gostava dos profissionais do estabelecimento</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 05. O atendimento é muito demorado</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga J37)</p>				<input type="checkbox"/> 01. Não houve necessidade	<input type="checkbox"/> 06. O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades	<input type="checkbox"/> 10. Greve nos serviços de saúde	<input type="checkbox"/> 02. Não tinha dinheiro	<input type="checkbox"/> 07. Achou que não tinha direito	<input type="checkbox"/> 11. Dificuldade de transporte	<input type="checkbox"/> 03. O local de atendimento era distante ou de difícil acesso	<input type="checkbox"/> 08. Não tinha quem o(a) acompanhasse	<input type="checkbox"/> 12. Outro motivo (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 04. Horário incompatível	<input type="checkbox"/> 09. Não gostava dos profissionais do estabelecimento		<input type="checkbox"/> 05. O atendimento é muito demorado					
<input type="checkbox"/> 01. Não houve necessidade	<input type="checkbox"/> 06. O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades	<input type="checkbox"/> 10. Greve nos serviços de saúde																			
<input type="checkbox"/> 02. Não tinha dinheiro	<input type="checkbox"/> 07. Achou que não tinha direito	<input type="checkbox"/> 11. Dificuldade de transporte																			
<input type="checkbox"/> 03. O local de atendimento era distante ou de difícil acesso	<input type="checkbox"/> 08. Não tinha quem o(a) acompanhasse	<input type="checkbox"/> 12. Outro motivo (Especifique: _____)																			
<input type="checkbox"/> 04. Horário incompatível	<input type="checkbox"/> 09. Não gostava dos profissionais do estabelecimento																				
<input type="checkbox"/> 05. O atendimento é muito demorado																					
<p>J37. Nos últimos 12 meses, _____ ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se J37=2, passe ao J46.)</p>	<p>J38. Nos últimos 12 meses, quantas vezes _____ esteve internado(a)?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">vezes</p> <p style="text-align: center;">(siga J39)</p>			<p>J39. Qual foi o principal atendimento de saúde que _____ recebeu quando esteve internado(a) (pela última vez) nos doze últimos meses?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Parto normal</td> <td><input type="checkbox"/> 4. Tratamento psiquiátrico</td> <td><input type="checkbox"/> 7. Outro (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Parto cesáreo</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Cirurgia</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Tratamento clínico</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Exames complementares de diagnóstico</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga J40)</p>		<input type="checkbox"/> 1. Parto normal	<input type="checkbox"/> 4. Tratamento psiquiátrico	<input type="checkbox"/> 7. Outro (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 2. Parto cesáreo	<input type="checkbox"/> 5. Cirurgia		<input type="checkbox"/> 3. Tratamento clínico	<input type="checkbox"/> 6. Exames complementares de diagnóstico								
<input type="checkbox"/> 1. Parto normal	<input type="checkbox"/> 4. Tratamento psiquiátrico	<input type="checkbox"/> 7. Outro (Especifique: _____)																			
<input type="checkbox"/> 2. Parto cesáreo	<input type="checkbox"/> 5. Cirurgia																				
<input type="checkbox"/> 3. Tratamento clínico	<input type="checkbox"/> 6. Exames complementares de diagnóstico																				
<p>J40. Quanto tempo _____ ficou internado(a) na última vez? Morador ficou internado</p> <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>meses dias</p> <p><input type="checkbox"/> 88. Morador ainda está internado</p> <p style="text-align: center;">(siga J41)</p>			<p>J41. O estabelecimento de saúde em que _____ esteve internado(a) (pela última vez) nos últimos 12 meses era:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Público</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Privado</td> <td><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga J42)</p>			<input type="checkbox"/> 1. Público	<input type="checkbox"/> 2. Privado	<input type="checkbox"/> 3. Não sabe													
<input type="checkbox"/> 1. Público	<input type="checkbox"/> 2. Privado	<input type="checkbox"/> 3. Não sabe																			

<p>J42. A última internação de _____ nos últimos 12 meses foi coberta por algum plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga J43)</p>	<p>J43. _____ pagou algum valor por esta última internação?</p> <p><i>(Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga J44)</p>	<p>J44. Esta última internação de _____ foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga J45)</p>	<p>J45. Na última vez que _____ foi internado(a), como foi o atendimento recebido?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Muito bom</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Bom</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Regular</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Ruim</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Muito ruim</p> <p>(siga J46)</p>
<p>J46. Nos últimos 12 meses, _____ teve atendimento de emergência no domicílio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se J46=2, passe ao J53.)</p>	<p>J47. Este atendimento foi coberto por algum plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga J48)</p>	<p>J48. _____ pagou algum valor por este atendimento?</p> <p><i>(Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga J49)</p>	<p>J49. Este atendimento foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga J50)</p>
<p>J50. Na última vez que _____ teve atendimento de urgência no domicílio, como foi o atendimento recebido?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Muito bom</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Bom</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Regular</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Ruim</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Muito ruim</p> <p>(siga J51)</p>	<p>J51. Neste atendimento, _____ foi transportado por ambulância para um serviço de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se J51=2, passe ao J53.)</p>	<p>J52. O transporte foi feito por:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SAMU</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Ambulância de serviço público de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Ambulância de serviço de saúde privado/plano de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Corpo de Bombeiros</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga J53)</p>	
<p>J53. Nos últimos 12 meses, _____ utilizou alguma prática integrativa e complementar, isto é, tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia etc.?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se J53=2, passe ao J58.)</p>	<p>J54. Qual tratamento _____ fez uso?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Acupuntura</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Homeopatia</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Plantas medicinais e fitoterapia</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga J55)</p>		<p>J55. Este tratamento foi coberto por algum plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga J56)</p>
<p>J56. _____ pagou algum valor por este tratamento?</p> <p><i>(Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga J57)</p>	<p>J57. Este tratamento foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga J58)</p>	<p>J58. _____ já teve dengue?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se J58=2, passe ao J60.)</p>	
<p>J59. O diagnóstico foi dado por médico?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga J60)</p>	<p>J60. O informante desta parte foi:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Outro morador <input type="checkbox"/> 3. Não morador</p> <p>(Encerre o módulo. Passe ao módulo K.)</p>		

Módulo K - Saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais e cobertura de mamografia entre mulheres de 50 anos e mais

Primeiramente, vamos falar sobre as dificuldades em realizar as atividades habituais.

<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><input type="checkbox"/> 1. Não consegue</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K1=1, 2 ou 3, siga K2. Se K1=4, passe ao K4.)</p>	<p>K2. _____ recebe alguma ajuda para comer?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K2=1, siga K3. Se K2=2 ou 3, passe ao K4.)</p>
--	---

<p>K3. Quem presta ajuda a _____ para comer?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(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><input type="checkbox"/> 1. Não consegue</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K4=1, 2 ou 3, siga K5. Se K4=4, passe ao K7.)</p>	<p>K5. _____ recebe alguma ajuda para tomar banho?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K5=1, siga K6. Se K5=2 ou 3, passe ao K7.)</p>
<p>K6. Quem presta ajuda a _____ para tomar banho?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(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><input type="checkbox"/> 1. Não consegue</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K7=1, 2 ou 3, siga K8. Se K7=4, passe ao K10.)</p>	<p>K8. _____ recebe alguma ajuda para ir ao banheiro?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K8=1, siga K9. Se K8=2 ou 3, passe ao K10.)</p>
<p>K9. Quem presta ajuda a _____ para ir ao banheiro?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(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><input type="checkbox"/> 1. Não consegue</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K10=1, 2 ou 3, siga K11. Se K10=4, passe ao K13.)</p>	<p>K11. _____ recebe alguma ajuda para se vestir?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K11=1, siga K12. Se K11=2 ou 3, passe ao K13.)</p>
<p>K12. Quem presta ajuda a _____ para se vestir?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(siga K13)</p>	<p>K13. Em geral, que grau de dificuldade _____ tem para andar em casa sozinho(a) de um cômodo a outro da casa, em um mesmo andar, como do quarto para a sala e cozinha?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K13=1, 2 ou 3, siga K14. Se K13=4, passe ao K16.)</p>	<p>K14. _____ recebe alguma ajuda para andar em casa?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K14=1, siga K15. Se K14=2 ou 3, passe ao K16.)</p>
<p>K15. Quem presta ajuda a _____ para andar em casa?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(siga K16)</p>	<p>K16. Em geral, que grau de dificuldade _____ tem para deitar ou levantar da cama sozinho(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K16=1, 2 ou 3, siga K17. Se K16=4, passe ao K19.)</p>	<p>K17. _____ recebe alguma ajuda para deitar ou levantar da cama?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K17=1, siga K18. Se K17=2 ou 3, passe ao K19.)</p>

<p>K18. Quem presta ajuda a _____ para deitar ou levantar da cama?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(siga K19)</p>	<p>K19. Em geral, que grau de dificuldade _____ tem para sentar ou levantar da cadeira sozinho?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K19=1, 2 ou 3, siga K20. Se K19=4, passe ao K22.)</p>	<p>K20. _____ recebe alguma ajuda para sentar ou levantar da cadeira?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K20=1, siga K21. Se K20=2 ou 3, passe ao K22.)</p>
<p>K21. Quem presta ajuda a _____ para sentar ou levantar da cadeira?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(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><input type="checkbox"/> 1. Não consegue</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K22=1, 2 ou 3, siga K23. Se K22=4, passe ao K25.)</p>	<p>K23. _____ recebe alguma ajuda para fazer compras?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K23=1, siga K24. Se K23=2 ou 3, passe ao K25.)</p>
<p>K24. Quem presta ajuda a _____ para fazer compras?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(siga K25)</p>	<p>K25. Em geral, que grau de dificuldade _____ tem para administrar as finanças sozinho(a) (cuidar do seu próprio dinheiro)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K25=1, 2 ou 3, siga K26. Se K25=4, passe ao K28.)</p>	<p>K26. _____ recebe alguma ajuda para administrar as finanças?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K26=1, siga K27. Se K26=2 ou 3, passe ao K28.)</p>
<p>K27. Quem presta ajuda a _____ para administrar as finanças?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(siga K28)</p>	<p>K28. Em geral, que grau de dificuldade _____ tem para tomar os remédios sozinho(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K28=1, 2 ou 3, siga K29. Se K28= 4 ou 5, passe ao K31.)</p>	<p>K29. _____ recebe alguma ajuda para tomar os remédios?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K29=1, siga K30. Se K29=2 ou 3, passe ao K31.)</p>
<p>K30. Quem presta ajuda a _____ para tomar os remédios?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(siga K31)</p>	<p>K31. Em geral, que grau de dificuldade _____ tem para ir ao médico sozinho(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K31=1, 2 ou 3, siga K32. Se K31=4, passe ao K34.)</p>	<p>K32. _____ recebe alguma ajuda para ir ao médico?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K32=1, siga K33. Se K32=2 ou 3, passe ao K34.)</p>

<p>K33. Quem presta ajuda a _____ para ir ao médico?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(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><input type="checkbox"/> 1. Não consegue</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K34=1, 2 ou 3, siga K35. Se K34=4, passe ao K39.)</p>	<p>K35. _____ recebe alguma ajuda para sair?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K35=1, siga K36. Se K35=2 ou 3, passe ao K39.)</p>
<p>K36. Quem presta ajuda a _____ para sair?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(siga K39)</p>		

Rede de apoio familiar e social
Agora vamos falar sobre redes de apoio social.

<p>K39. _____ participa de atividades sociais organizadas (clubes, grupos comunitários ou religiosos, centros de convivência do idoso etc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga K40)</p>
--

Agora vamos falar sobre assistência de saúde

O bloco de perguntas K40 a K43 é dirigido às mulheres com 50 anos ou mais de idade. Se o morador for homem com 60 anos e mais de idade, passe ao K44.

<p>K40. Quando foi a última vez que _____ fez um exame de mamografia?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 ano atrás</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De 1 ano a menos de 2 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 3. De 2 anos a menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 3 anos ou mais atrás</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Nunca fez</p> <p>(Se K40=5, passe ao K44.)</p>	<p>K41. A última mamografia foi coberta por algum plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga K42)</p>	<p>K42. _____ pagou algum valor pela última mamografia?</p> <p><i>(Entrevistador: se a entrevistada responder que pagou, mas teve reembolso total: marque a opção 2.)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga K43)</p>	<p>K43. A última mamografia foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>Se mulher (C006=2) com 60 anos ou mais, siga K44. Se mulher (C006=2) com 50 a 59 anos, passe ao K62.</p>
<p>K44. Quando foi a última vez que _____ fez exame de vista por profissional de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 e 3 anos atrás</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Mais de 3 anos atrás</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca fez</p> <p>(Se K44=6, passe ao K52.)</p>	<p>K45. Algum médico já deu a _____ diagnóstico de catarata em uma ou em ambas as vistas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se K45=2, passe ao K52.)</p>		
<p>K46. Houve indicação para realização de cirurgia nos olhos para retirar a catarata?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se K46=2, passe ao K52.)</p>	<p>K47. _____ fez a cirurgia?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se K47=1, passe ao K49.)</p>		
<p>K48. Qual o principal motivo do(a) _____ não ter feito a cirurgia de catarata?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Está marcada, mas ainda não fez</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não achou necessário</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não conseguiu vaga</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Estava com dificuldades financeiras</p> <p><input type="checkbox"/> 5. O serviço de saúde era muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 6. O plano de saúde não cobria a cirurgia</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Não sabia onde realizar a cirurgia</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Não tinha quem o(a) acompanhasse</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(passe ao K52)</p>			

<p>K49. A cirurgia de _____ foi coberta pelo plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga K50)</p>	<p>K50. _____ pagou algum valor pela cirurgia?</p> <p>Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total: marque a opção 2</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga K51)</p>	<p>K51. A cirurgia foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga K52)</p>	<p>K52. Nos últimos 12 meses, _____ tomou vacina contra gripe?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se K52=1, passe ao K54.)</p>
<p>K53. Qual o principal motivo por não ter tomado a vacina contra gripe?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Raramente fica gripado(a)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não sabia que era necessário tomar vacina contra gripe</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabia onde tomar a vacina</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Tem medo da reação</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Tem medo de injeção</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Não tinha quem o(a) acompanhasse ao serviço de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Estava com dificuldades financeiras</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Teve dificuldades de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 9. O serviço de saúde era muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 10. A vacina não estava disponível no serviço que procurou</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Contra-indicação médica</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Não acredita que a vacina protege contra gripe</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga K54)</p>			
<p>K54. Nos últimos 12 meses, _____ teve alguma queda que o(a) levou a procurar o serviço de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se K54=2, passe ao K62.)</p>	<p>K55. Na ocasião dessas quedas nos últimos 12 meses, _____ fraturou quadril ou fêmur?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se K55=2, passe ao K62.)</p>	<p>K56. Teve necessidade de cirurgia por causa dessa fratura?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, sem colocação de prótese</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, com colocação de prótese</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não</p> <p>(Se K56=3, passe ao K62.)</p>	<p>K57. A cirurgia foi coberta pelo plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga K58)</p>
<p>K58. _____ pagou algum valor pela cirurgia?</p> <p>Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total: marque a opção 2.</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga K59)</p>	<p>K59. A cirurgia foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga K60)</p>	<p>K60. Quanto tempo _____ esperou desde a hora que chegou ao hospital até a realização da cirurgia?</p> <p><input type="text"/> horas (a ser completado para menos de 24 horas)</p> <p><input type="text"/> dias <input type="text"/> meses</p> <p>(siga K61)</p>	
<p>K61. Por quanto tempo _____ ficou internado(a) por causa dessa cirurgia?</p> <p><input type="text"/> dias <input type="text"/> meses</p> <p>(siga K62)</p>	<p>K62. O informante desta parte foi:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa <input type="checkbox"/> Outro morador <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Não morador</p> <p>(Se tiver morador(a) com menos de 2 anos passe ao módulo L. Caso contrário, encerre o módulo.)</p>		

Módulo L - Crianças com Menos de 2 Anos

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.

Data de referência: crianças nascidas de 28 de julho de 2011 a 27 de julho de 2013. Seleccionar a mais nova.

L1. Número de ordem da criança:

Cuidados preventivos

As próximas perguntas são sobre cuidados preventivos, como vacinas e testes do pezinho, orelhinha, e olhinho.

L2. Com quanto tempo de vida _____ recebeu a primeira consulta médica depois da alta da maternidade?

dias meses anos 0. Nunca recebeu

(Se L2≠0, siga L3. Se L2=0, passe ao L4.)

<p>L3. Onde foi realizada a primeira consulta médica ou de enfermagem?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)</td> <td><input type="checkbox"/> 8. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica</td> <td><input type="checkbox"/> 9. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)</td> <td><input type="checkbox"/> 10. Visita domiciliar de médico particular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)</td> <td><input type="checkbox"/> 11. Visita domiciliar da equipe de saúde da família</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público</td> <td><input type="checkbox"/> 12. Outro (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6. Hospital público/ambulatório</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7. Consultório particular ou clínica privada</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga L4)</p>			<input type="checkbox"/> 1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	<input type="checkbox"/> 8. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato	<input type="checkbox"/> 2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica	<input type="checkbox"/> 9. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado	<input type="checkbox"/> 3. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	<input type="checkbox"/> 10. Visita domiciliar de médico particular	<input type="checkbox"/> 4. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	<input type="checkbox"/> 11. Visita domiciliar da equipe de saúde da família	<input type="checkbox"/> 5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	<input type="checkbox"/> 12. Outro (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 6. Hospital público/ambulatório		<input type="checkbox"/> 7. Consultório particular ou clínica privada	
<input type="checkbox"/> 1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	<input type="checkbox"/> 8. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato															
<input type="checkbox"/> 2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica	<input type="checkbox"/> 9. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado															
<input type="checkbox"/> 3. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	<input type="checkbox"/> 10. Visita domiciliar de médico particular															
<input type="checkbox"/> 4. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	<input type="checkbox"/> 11. Visita domiciliar da equipe de saúde da família															
<input type="checkbox"/> 5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	<input type="checkbox"/> 12. Outro (Especifique: _____)															
<input type="checkbox"/> 6. Hospital público/ambulatório																
<input type="checkbox"/> 7. Consultório particular ou clínica privada																
<p>L4. Onde é realizado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de ___?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Outro (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Hospital público/ambulatório</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Consultório particular ou clínica privada</td> <td><input type="checkbox"/> 7. Não faz acompanhamento</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga L5)</p>		<input type="checkbox"/> 1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	<input type="checkbox"/> 5. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato	<input type="checkbox"/> 2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica	<input type="checkbox"/> 6. Outro (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 3. Hospital público/ambulatório		<input type="checkbox"/> 4. Consultório particular ou clínica privada	<input type="checkbox"/> 7. Não faz acompanhamento	<p>L5. Foi realizado o teste do pezinho?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p style="text-align: center;">(Se L5=1, siga L6. Se L5=2 ou 3, passe ao L8.)</p>						
<input type="checkbox"/> 1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	<input type="checkbox"/> 5. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato															
<input type="checkbox"/> 2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica	<input type="checkbox"/> 6. Outro (Especifique: _____)															
<input type="checkbox"/> 3. Hospital público/ambulatório																
<input type="checkbox"/> 4. Consultório particular ou clínica privada	<input type="checkbox"/> 7. Não faz acompanhamento															
<p>L6. Quando foi realizado o teste do pezinho?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Na primeira semana de vida</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Após a primeira semana e antes do primeiro mês de vida</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Após o primeiro mês de vida</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não sabe</p> <p style="text-align: center;">(siga L7)</p>	<p>L7. Quanto tempo depois da realização do exame, a sra recebeu o resultado do teste do pezinho?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Em 15 dias ou menos</td> <td><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 meses e menos de 3 meses</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Entre 16 dias e menos de 1 mês</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Há 3 meses ou mais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 mês e menos de 2 meses</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Não recebeu</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga L8)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Em 15 dias ou menos	<input type="checkbox"/> 4. Entre 2 meses e menos de 3 meses	<input type="checkbox"/> 2. Entre 16 dias e menos de 1 mês	<input type="checkbox"/> 5. Há 3 meses ou mais	<input type="checkbox"/> 3. Entre 1 mês e menos de 2 meses	<input type="checkbox"/> 6. Não recebeu	<p>L8. Foi realizado o teste da orelhinha?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p style="text-align: center;">(Se L8=1, siga L9. Se L8= 2 ou 3, passe ao L11.)</p>								
<input type="checkbox"/> 1. Em 15 dias ou menos	<input type="checkbox"/> 4. Entre 2 meses e menos de 3 meses															
<input type="checkbox"/> 2. Entre 16 dias e menos de 1 mês	<input type="checkbox"/> 5. Há 3 meses ou mais															
<input type="checkbox"/> 3. Entre 1 mês e menos de 2 meses	<input type="checkbox"/> 6. Não recebeu															
<p>L9. Quando foi realizado o teste da orelhinha?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Na primeira semana de vida</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Após a primeira semana e antes do primeiro mês de vida</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Após o primeiro mês de vida</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não sabe</p> <p style="text-align: center;">(siga L10)</p>	<p>L10. Quanto tempo depois da realização do exame, a sra recebeu o resultado do teste da orelhinha?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Em 15 dias ou menos</td> <td><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 meses e menos de 3 meses</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Entre 16 dias e menos de 1 mês</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Há 3 meses ou mais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 mês e menos de 2 meses</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Não recebeu</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga L11)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Em 15 dias ou menos	<input type="checkbox"/> 4. Entre 2 meses e menos de 3 meses	<input type="checkbox"/> 2. Entre 16 dias e menos de 1 mês	<input type="checkbox"/> 5. Há 3 meses ou mais	<input type="checkbox"/> 3. Entre 1 mês e menos de 2 meses	<input type="checkbox"/> 6. Não recebeu	<p>L11. Foi realizado o teste do olhinho?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p style="text-align: center;">(Se L11=1, siga L12. Se L11=2 ou 3, passe ao L14.)</p>								
<input type="checkbox"/> 1. Em 15 dias ou menos	<input type="checkbox"/> 4. Entre 2 meses e menos de 3 meses															
<input type="checkbox"/> 2. Entre 16 dias e menos de 1 mês	<input type="checkbox"/> 5. Há 3 meses ou mais															
<input type="checkbox"/> 3. Entre 1 mês e menos de 2 meses	<input type="checkbox"/> 6. Não recebeu															
<p>L12. Quando foi realizado o teste do olhinho?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Na primeira semana de vida</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Após a primeira semana e antes do primeiro mês de vida</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Após o primeiro mês de vida</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não sabe</p> <p style="text-align: center;">(siga L13)</p>	<p>L13. Quanto tempo depois da realização do exame, a sra recebeu o resultado do teste do olhinho?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Em 15 dias ou menos</td> <td><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 meses e menos de 3 meses</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Entre 16 dias e menos de 1 mês</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Há 3 meses ou mais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 mês e menos de 2 meses</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Não recebeu</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga L14)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Em 15 dias ou menos	<input type="checkbox"/> 4. Entre 2 meses e menos de 3 meses	<input type="checkbox"/> 2. Entre 16 dias e menos de 1 mês	<input type="checkbox"/> 5. Há 3 meses ou mais	<input type="checkbox"/> 3. Entre 1 mês e menos de 2 meses	<input type="checkbox"/> 6. Não recebeu	<p>L14. ___ já tomou alguma vacina?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se L14=1, siga L15. Se L14=2, passe ao L17.)</p>								
<input type="checkbox"/> 1. Em 15 dias ou menos	<input type="checkbox"/> 4. Entre 2 meses e menos de 3 meses															
<input type="checkbox"/> 2. Entre 16 dias e menos de 1 mês	<input type="checkbox"/> 5. Há 3 meses ou mais															
<input type="checkbox"/> 3. Entre 1 mês e menos de 2 meses	<input type="checkbox"/> 6. Não recebeu															
<p>L15. A sra tem a caderneta ou cartão de ___ no qual as vacinas são anotadas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se L15=1, siga L16. Se L15=2, passe ao L17.)</p>	<p>L16. Copiar as datas das vacinas Tetravalente anotadas na Caderneta da Criança:</p> <p>Vacina Tetravalente (DPT + Hib)</p> <p>_____</p> <p>1ª dose <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>2ª dose <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>3ª dose <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>Reforço <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">(siga L17)</p>															

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

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------|
| a. Leite de Peito | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não | 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 | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não | j. Carnes ou ovos | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não |
| c. Água | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não | k. Batata e outros tubérculos e raízes (batata doce, mandioca) | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não |
| d. Chá | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não | l. Cereais e derivados (arroz, pão, cereal, macarrão, farinha, etc.) | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não |
| e. Mingau | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não | m. Biscoitos ou bolachas ou bolo | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não |
| f. Frutas ou suco natural de frutas | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não | n. Doces, balas ou outros alimentos com açúcar | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não |
| g. Sucos artificiais | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não | o. Refrigerantes | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não |
| h. Verduras/legumes | <input type="checkbox"/> 1. Sim | <input type="checkbox"/> 2. Não | p. Outros (Especifique: _____) | <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 ao L19)

L18. Desde que ___ nasceu, tomou ou comeu outro alimento que não leite de peito?

1. Sim
2. Não, somente leite de peito

(siga L19)

L19. Alguma vez ___ recebeu Sulfato Ferroso?

1. Sim
2. Não
3. Recebeu um composto vitamínico, mas não sabe se contém Sulfato Ferroso

(siga L20)

L20. O informante desta parte foi:

1. Mãe ou responsável
2. Outro morador
3. Não morador

(Encerre a entrevista.)

É possível que um entrevistador ou supervisor lhe telefone ou visite novamente para fazer uma checagem de entrevista ou pegar informações adicionais no futuro. Por isso, eu gostaria de anotar seu nome e telefones de contato.

Nome:

Poderia me informar seus telefones de contato?

Fixo: - -

Celular: - -

Outro: - 0. Não tem nenhum telefone para contato

Se nós não pudermos entrar em contato o(a) sr(a) por qualquer razão, poderia nos dizer com quem nós poderíamos entrar em contato, que saberia como encontrá-lo(a)?

1. Sim 2. Não

Poderia me informar o nome, o endereço e os telefones de contato dessa(s) pessoa(s)?

Nome:

Endereço:

Telefones: - - 0. Não tem telefone

Relação desta pessoa o Sr(a):

Nome:

Endereço:

Telefones: - - 0. Não tem telefone

Relação desta pessoa o Sr(a):

Nome:

Endereço:

Telefones: - - 0. Não tem telefone

Relação desta pessoa o Sr(a):

QUESTIONÁRIO DO MORADOR SELECIONADO

O adulto selecionado entre os moradores do domicílio com 18 anos ou mais de idade deve responder, individualmente, a esta parte do questionário.

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. Outras características do trabalho e apoio social

Neste módulo, vamos lhe perguntar sobre as suas características de trabalho e suas relações com família e amigos.

<p>M1. Entrevista do adulto selecionado</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 style="text-align: right;">(siga M2)</p>	<p>M2. Identificação da mãe do morador selecionado</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mãe moradora Número de ordem da mãe <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Mãe não moradora Nome da mãe não moradora: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">(Se G001=1, siga M3. Se G001=2 e E11 = 1, 2 ou 3, siga M4. Se G001=2 e E11 não tiver sido preenchido, passe ao M14.)</p>	<p>M3. O informante desta parte é:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Outro morador <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não morador</p>
--	--	--

Agora, vou lhe fazer algumas perguntas sobre o seu trabalho.

(Se E11 = 1, 2 ou 3, siga M4. Se E11 não tiver sido preenchido, ir para M14.)
As questões M4 a M13 devem ser respondidas apenas pelas pessoas ocupadas

<p>M4. Pensando em todas as suas atividades remuneradas (incluindo o trabalho principal), quantas horas, no total, o(a) sr(a) gasta por semana no deslocamento para os trabalhos, em geral?</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 40px;" type="text"/> Horas</p> <p style="text-align: right;">(siga M5)</p>	<p>M5. Em algum dos seus trabalhos, o(a) sr(a) trabalha em horário noturno?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">(Se M5=2, passe ao M9. Se M5=1, siga ao M5a.)</p>	<p>M5a. Qual o horário de início desse trabalho?</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 40px;" type="text"/> horas <input style="width: 40px;" type="text"/> minutos</p> <p style="text-align: right;">(siga M5b)</p>	<p>M5b. Qual o horário de fim desse trabalho?</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 40px;" type="text"/> horas <input style="width: 40px;" type="text"/> minutos</p> <p style="text-align: right;">(siga M6)</p>
--	---	--	--

<p>M6. Com que frequência o(a) sr(a) trabalha em horário noturno em algum dos seus trabalhos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 vez por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 1 a 3 vezes por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 1 vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 2 a 3 vezes por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 4 vezes por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 6. 5 vezes ou mais por semana</p> <p style="text-align: right;">(siga M7)</p>	<p>M7. Em algum dos seus trabalhos, o(a) sr(a) trabalha em regime de turnos ininterruptos, isto é, por 24 horas seguidas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">(Se M7=2, passe ao M9. Se M7=1, siga ao M8.)</p>	<p>M8. Com que frequência o(a) sr(a) trabalha por 24 horas seguidas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 vez por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 1 a 3 vezes por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 1 vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 2 a 3 vezes por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 4 vezes por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 6. 5 vezes ou mais por semana</p> <p style="text-align: right;">(siga M9)</p>
--	--	---

<p>M9. O(a) sr(a) normalmente trabalha em ambientes:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Fechados <input type="checkbox"/> 2. Abertos <input type="checkbox"/> 3. Ambos</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">(Se M9=1 ou 3, siga M10. Se M9=2, passe ao M11.)</p>	<p>M10. Pensando em todos os seus trabalhos, durante os últimos 30 dias, alguém fumou em algum ambiente fechado onde o(a) sr(a) trabalha?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: right;">(siga M11)</p>
---	--

M11. Pensando em todos os seus trabalhos, o(a) sr(a) está exposto(a) a algum destes fatores que podem afetar a sua saúde?

<p>a. Manuseio de substâncias químicas <input style="width: 40px;" type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11b)</p>	<p>e. Manuseio de resíduos urbanos (lixo) <input style="width: 40px;" type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11f)</p>
<p>b. Exposição a ruído (barulho intenso) <input style="width: 40px;" type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11c)</p>	<p>f. Envolvimento em atividades que levam ao nervosismo <input style="width: 40px;" type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11g)</p>
<p>c. Exposição longa ao sol <input style="width: 40px;" type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11d)</p>	<p>g. Exposição a material biológico (sangue, agulhas, secreções) <input style="width: 40px;" type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11h)</p>
<p>d. Manuseio de material radioativo (transporte, recebimento, armazenagem, trabalho com raio-x) <input style="width: 40px;" type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11e)</p>	<p>h. Exposição a poeira industrial (pó de mármore) <input style="width: 40px;" type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11i)</p>

Se no módulo E (trabalho e rendimento) – quesito E11 = 1, siga M13.
Se no módulo E (trabalho e rendimento) – quesito E11 = 2 ou 3, leia o texto a seguir.

A próxima pergunta é referente ao trabalho principal, ou seja, aquele que o(a) sr(a) normalmente trabalha o maior número de horas. Em caso de igualdade do número de horas, o trabalho principal é o que o(a) sr(a) recebe o maior rendimento mensal. Em caso de igualdade também no rendimento mensal, o trabalho principal é o que o(a) sr(a) está há mais tempo.

M13. Há quanto tempo o(a) sr(a) está no trabalho principal?

--	--	--

Anos Meses Dias

(siga M14)

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

M14. Com quantos familiares ou parentes o(a) sr(a) se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?

--	--

Parentes

0. Nenhum

(siga M15)

M15. Com quantos amigos o(a) sr(a) se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (sem considerar os familiares ou parentes)

--	--

Amigos

0. Nenhum

(siga M16)

M16. Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de atividades esportivas ou artísticas em grupo?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Mais de uma vez por semana | <input type="checkbox"/> 4. Algumas vezes no ano |
| <input type="checkbox"/> 2. Uma vez por semana | <input type="checkbox"/> 5. Uma vez no ano |
| <input type="checkbox"/> 3. De 2 a 3 vezes por mês | <input type="checkbox"/> 6. Nenhuma vez |

(siga M17)

M17. Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, movimentos comunitários, centros acadêmicos ou similares?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Mais de uma vez por semana | <input type="checkbox"/> 4. Algumas vezes no ano |
| <input type="checkbox"/> 2. Uma vez por semana | <input type="checkbox"/> 5. Uma vez no ano |
| <input type="checkbox"/> 3. De 2 a 3 vezes por mês | <input type="checkbox"/> 6. Nenhuma vez |

(siga M18)

M18. Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de trabalho voluntário não remunerado?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Mais de uma vez por semana | <input type="checkbox"/> 4. Algumas vezes no ano |
| <input type="checkbox"/> 2. Uma vez por semana | <input type="checkbox"/> 5. Uma vez no ano |
| <input type="checkbox"/> 3. De 2 a 3 vezes por mês | <input type="checkbox"/> 6. Nenhuma vez |

(siga M19)

M19. Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião? (sem contar com situações como casamento, batizado, ou enterro)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Mais de uma vez por semana | <input type="checkbox"/> 4. Algumas vezes no ano |
| <input type="checkbox"/> 2. Uma vez por semana | <input type="checkbox"/> 5. Uma vez no ano |
| <input type="checkbox"/> 3. De 2 a 3 vezes por mês | <input type="checkbox"/> 6. Nenhuma vez |

(Encerre o módulo. Passe ao Módulo N.)

Módulo N. Percepção do estado de saúde

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

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

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Muito boa | <input type="checkbox"/> 2. Boa | <input type="checkbox"/> 3. Regular | <input type="checkbox"/> 4. Ruim | <input type="checkbox"/> 5. Muito ruim |
|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--|

(siga N2)

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

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

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

(siga N3)

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

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

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Nenhum | <input type="checkbox"/> 3. Médio | <input type="checkbox"/> 5. Não consegue |
| <input type="checkbox"/> 2. Leve | <input type="checkbox"/> 4. Intenso | |

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

Agora vamos perguntar sobre dor ou desconforto no peito:

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

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

(Se N4= 1 ou 2, siga N5. Se N4=3, N10.)

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

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

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

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

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Para ou diminui a velocidade |
| <input type="checkbox"/> 2. Continua após tomar um remédio que dissolve na boca para aliviar a dor |
| <input type="checkbox"/> 3. Continua caminhando |

(siga N7)

<p>N7. Se o(a) sr(a) parar, o que acontece com a dor ou desconforto no peito?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. É aliviada em 10 minutos ou menos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. É aliviada em mais de 10 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não é aliviada</p> <p style="text-align: right;">(siga N8)</p>	<p>N8. O(A) sr(a) pode me mostrar onde o(a) sr(a) geralmente sente essa dor/desconforto no peito?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Acima ou no meio do peito</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Abaixo do peito</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Braço esquerdo</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Outro (Especifique: _____)</p> <p style="text-align: right;">(siga N10)</p>
--	--

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

<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">(siga N11)</p>	<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><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">(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><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">(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><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">(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><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">(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><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">(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><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">(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><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">(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><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">(siga N19)</p>

Agora vamos abordar problemas de audição e visão.

<p>N19. O(a) sr(a) faz uso de aparelho auditivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: right;">(siga N20)</p>	<p>Ao responder à próxima pergunta leve em conta o aparelho auditivo, se o sr(a) utilizar.</p> <p>N20. Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para ouvir?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Leve</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Médio</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Intenso</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não consegue</p> <p style="text-align: right;">(siga N21)</p>	<p>N21. O(a) Sr(a) usa algum tipo de recurso (como óculos, lentes de contato, lupa, etc.) para auxiliar a enxergar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: right;">(siga N22)</p>
---	---	--

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

<p>N22. Em geral, que grau de dificuldade o(a) tem para ver de longe? (reconhecer uma pessoa conhecida do outro lado da rua a uma distância de mais ou menos 20 metros)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Leve</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Médio</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Intenso</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não consegue</p> <p style="text-align: right;">(siga N23)</p>	<p>N23. Em geral, que grau de dificuldade _____ tem para ver de perto? (reconhecer um objeto que esteja ao alcance das mãos ou ao ler)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Leve</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Médio</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Intenso</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não consegue</p> <p style="text-align: right;">(Encerre o módulo. Passe ao Módulo O.)</p>
--	---

Módulo O. Acidentes e Violências

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

<p>O1. O(A) sr(a) dirige carro?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga O2)</p>	<p>O2. O(A) sr(a) dirige motocicleta?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga O3)</p>	<p>O3. Com que frequência o(a) sr(a) anda de carro/automóvel, van ou táxi?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sempre <input type="checkbox"/> 3. Às vezes <input type="checkbox"/> 5. Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Quase sempre <input type="checkbox"/> 4. Raramente</p> <p>(Se O3=5, passe ao O6. Se O3= 1 a 4, siga O4.)</p>	
<p>O4. Com que frequência o(a) sr(a) usa cinto de segurança quando dirige ou anda como passageiro no banco da frente de carro/ automóvel, van ou táxi?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca anda no banco da frente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sempre usa cinto</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Quase sempre usa cinto</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Às vezes usa cinto</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Raramente usa cinto</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca usa cinto</p> <p>(siga O5)</p>	<p>O5. Com que frequência o(a) sr(a) usa cinto de segurança quando anda no banco de trás de carro/automóvel, van ou táxi?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca anda no banco de trás</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sempre usa cinto</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Quase sempre usa cinto</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Às vezes usa cinto</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Raramente usa cinto</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca usa cinto</p> <p>(siga O6)</p>	<p>O6. Com que frequência o(a) sr(a) anda de motocicleta?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sempre</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Quase sempre</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Às vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Nunca</p> <p>(Se O6 = 1 a 4 e O2 = 1, siga O7.) (Se O6 = 1 a 4 e O2 = 2, passe ao O8.) (Se O6 = 5, passe ao O9.)</p>	
<p>O7. Com que frequência o(a) sr(a) usa capacete quando dirige motocicleta?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sempre usa capacete <input type="checkbox"/> 4. Raramente usa capacete</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Quase sempre usa capacete <input type="checkbox"/> 5. Nunca usa capacete</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Às vezes usa capacete</p> <p>(siga O8)</p>	<p>O8. Com que frequência o(a) sr(a) usa capacete quando anda como passageiro de motocicleta?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca anda como passageiro de motocicleta <input type="checkbox"/> 4. Às vezes usa capacete</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sempre usa capacete <input type="checkbox"/> 5. Raramente usa capacete</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Quase sempre usa capacete <input type="checkbox"/> 6. Nunca usa capacete</p> <p>(siga O9)</p>		
<p>O9. Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) se envolveu em algum acidente de trânsito no qual tenha sofrido lesões corporais (ferimentos)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>Quantos <input type="text"/> (siga O10)</p> <p>(Se O9=2, passe ao O21.)</p>	<p>O10. Algum desses acidentes de trânsito ocorreu quando o(a) sr(a) estava trabalhando, indo ou voltando do trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, quando estava trabalhando</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, quando estava indo ou voltando do trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não</p> <p>(siga O11)</p>		
<p>O11. Durante o acidente de trânsito mais grave ocorrido nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) era:</p> <p><input type="checkbox"/> 01. Condutor(a) de carro/van <input type="checkbox"/> 07. Passageiro(a) de ônibus</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Condutor(a) de ônibus <input type="checkbox"/> 08. Passageiro (a) de caminhão</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Condutor (a) de caminhão <input type="checkbox"/> 09. Passageiro(a) de motocicleta</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Condutor(a) de motocicleta <input type="checkbox"/> 10. Passageiro(a) de bicicleta</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Condutor(a) de bicicleta <input type="checkbox"/> 11. Pedestre</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Passageiro(a) de carro/van <input type="checkbox"/> 12. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga O12)</p>			
<p>O12. Para este acidente que o(a) sr(a) considerou mais grave, o acidente envolveu transporte de carga perigosa, como gasolina, diesel, álcool, ácidos ou produtos químicos em geral?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se O12 = 2, passe ao O14. Se O12 = 1, siga O13.)</p>	<p>O13. O acidente resultou em derramamento de carga?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga O14)</p>	<p>O14. Para este acidente que considerou mais grave, o(a) sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (<i>trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à escola etc.</i>)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga O15)</p>	<p>O15. Para este acidente que considerou mais grave, o(a) sr(a) recebeu algum tipo de assistência de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se O15 = 2, passe ao O21. Se O15 = 1, siga O16.)</p>

<p>O16. Onde o(a) sr(a) recebeu a primeira assistência de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. No local do acidente</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica</p> <p><input type="checkbox"/> 04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público</p> <p><input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório</p> <p><input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada</p> <p><input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado</p> <p><input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular</p> <p><input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(Se O16 = 02 ao 14, passe ao O19. Se O16 = 01, siga O17.)</p>		<p>O17. Quem lhe prestou atendimento no local do acidente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Ambulância/ Resgate do SAMU</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Ambulância/ Resgate dos Bombeiros</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Motos do SAMU</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Ambulância/ Resgate do setor privado (particular ou convênio)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Ambulância/ Resgate da concessionária da rodovia</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Outro (Especifique _____)</p> <p>(siga O18)</p>
<p>O18. Em quanto tempo, após o acidente, o(a) sr(a) recebeu o primeiro atendimento de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Horas Minutos</p> <p>(siga O19)</p>	<p>O19. Por causa deste acidente de trânsito, o(a) sr(a) precisou ser internado por 24 horas ou mais?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga O20)</p>	<p>O20. O(A) sr(a) teve ou tem alguma seqüela e/ou incapacidade decorrente deste acidente de trânsito?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga O21)</p>

Agora vamos perguntar sobre acidentes de trabalho.

<p>O21. Nos últimos 12 meses o(a) sr(a) se envolveu em algum acidente de trabalho (<i>sem considerar os acidentes de trânsito</i>)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Quantos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não se aplica</p> <p>(Se O21=2 ou 3, passe ao O25. Se O21=1, siga O22.)</p>	<p>O22. Para o acidente de trabalho que considerou mais grave, o(a) sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (<i>trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à escola, etc.</i>)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga O23)</p>	<p>O23. Por causa deste acidente de trabalho, o(a) sr(a) precisou ser internado por 24 horas ou mais?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga O24)</p>	<p>O24. O(A) sr(a) teve ou tem alguma seqüela e/ou incapacidade decorrente deste acidente de trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga O25)</p>
---	--	---	--

Agora vamos perguntar sobre violências e agressões.

<p>O25. Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) sofreu alguma violência ou agressão de pessoa desconhecida (<i>como bandido, policial, assaltante etc.</i>)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se O25 = 2, passe ao O37. Se O25 = 1, siga ao O26.)</p>	<p>O26. Nos últimos 12 meses, quantas vezes sofreu alguma violência de pessoa desconhecida?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Uma vez <input type="checkbox"/> 4. De sete a menos de 12 vezes <input type="checkbox"/> 6. Pelo menos uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Duas vezes <input type="checkbox"/> 5. Pelo menos uma vez por mês <input type="checkbox"/> 7. Quase diariamente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. De três a seis vezes</p> <p>(siga O27)</p>	
<p>O27. Pensando na violência mais grave que o(a) sr(a) sofreu de pessoa desconhecida nos últimos 12 meses, que tipo de violência o(a) sr(a) sofreu?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Física</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sexual</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Psicológica</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Outra (Especifique: _____)</p> <p>(siga O28)</p>	<p>O28. Pensando na violência mais grave que o(a) sr(a) sofreu de pessoa desconhecida nos últimos 12 meses, como o(a) sr(a) foi ameaçado(a) ou ferido(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Com objeto perfuro-cortante (faca, navalha, punhal, tesoura)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Com objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Com força corporal, espancamento (tapa, murro, empurrão)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Por meio de palavras ofensivas, xingamentos ou palavrões</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga O29)</p>	<p>O29. Onde ocorreu essa violência?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Residência</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Escola/Faculdade ou similar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Bar ou similar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Via pública</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Banco/Caixa eletrônico/Lotérica</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga O30)</p>
<p>O30. Nesta ocorrência, a violência foi cometida por:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Bandido, ladrão ou assaltante <input type="checkbox"/> 3. Outro (Especifique: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Agente legal público (policial/ agente da lei)</p> <p>(siga O31)</p>	<p>O31. Por causa dessa violência, o(a) sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (<i>trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à escola etc.</i>)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga O32)</p>	

<p>O32. O(A) sr(a) teve alguma lesão corporal ou ferimento provocado por essa violência?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga O33)</p>		<p>O33. Por causa desta violência, o(a) sr(a) recebeu algum tipo de assistência de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se O33 = 2, passe ao O37. Se O33 = 1, siga O34.)</p>	
<p>O34. Onde foi prestada a primeira assistência de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. No local da violência <input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) <input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica <input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado</p> <p><input type="checkbox"/> 04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento) <input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas) <input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público <input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório</p> <p>(siga O35)</p>			
<p>O35. Por causa desta violência, o(a) sr(a) precisou ser internado por 24 horas ou mais?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga O36)</p>	<p>O36. O(A) sr(a) teve ou tem alguma seqüela e/ou incapacidade decorrente desta violência?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga O37)</p>	<p>O37. Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) sofreu alguma violência ou agressão de pessoa conhecida (como pai, mãe, filho(a), cônjuge, parceiro(a), namorado(a), amigo(a), vizinho(a))?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se O37 = 2, passe ao Módulo P. Se O37 = 1, siga ao O38.)</p>	
<p>O38. Nos últimos 12 meses, com que frequência sofreu alguma violência de pessoa conhecida?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Uma vez <input type="checkbox"/> 5. Pelo menos uma vez por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Duas vezes <input type="checkbox"/> 6. Pelo menos uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3. De três a seis vezes <input type="checkbox"/> 7. Quase diariamente</p> <p><input type="checkbox"/> 4. De sete a menos de 12 vezes</p> <p>(siga O39)</p>		<p>O39. Pensando na violência mais grave que o(a) sr(a) sofreu de pessoa conhecida nos últimos 12 meses, que tipo de violência o(a) sr(a) sofreu?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Física <input type="checkbox"/> 3. Psicológica</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sexual <input type="checkbox"/> 4. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga O40)</p>	
<p>O40. Pensando na violência mais grave que o(a) sr(a) sofreu de pessoa conhecida nos últimos 12 meses, como o(a) sr(a) foi ameaçado(a) ou ferido(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Com força corporal/espancamento (tapa, murro, beliscão, empurrão) <input type="checkbox"/> 6. Com lançamento de objetos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola) <input type="checkbox"/> 7. Com envenenamento</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Com objeto perfuro-cortante (faca, navalha, punhal, tesoura) <input type="checkbox"/> 8. Por meio de palavras ofensivas, xingamentos ou palavrões</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Com objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra) <input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Com arremesso de substância/objeto quente</p> <p>(siga O41)</p>			<p>O41. Onde ocorreu esta violência?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Residência</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Escola / Faculdade ou similar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Bar ou similar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Via pública</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga O42)</p>
<p>O42. Nesta ocorrência, a violência foi cometida por:</p> <p><input type="checkbox"/> 01. Cônjuge, companheiro(a), namorado(a) <input type="checkbox"/> 05. Filho(a) <input type="checkbox"/> 08. Amigos(as)/colegas</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Ex-cônjuge, ex-companheiro(a), ex-namorado(a) <input type="checkbox"/> 06. Irmão(ã)</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Pai/Mãe <input type="checkbox"/> 07. Outro parente <input type="checkbox"/> 09. Patrão/chefe</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Padrasto/Madrasta <input type="checkbox"/> 10. Outra pessoa conhecida (Especifique: _____)</p> <p>(siga O43)</p>			
<p>O43. Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à escola etc.) por causa desta violência?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga O44)</p>	<p>O44. O(A) sr(a) teve alguma lesão corporal ou ferimento provocado por essa violência?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga O45)</p>	<p>O45. Por causa desta violência, o(a) sr(a) buscou algum tipo de assistência de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se O45 = 2, passe ao Módulo P. Se O45 = 1, siga O46.)</p>	

O46. Onde foi prestada a assistência de saúde?

<input type="checkbox"/> 01. No local da agressão	<input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada
<input type="checkbox"/> 02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	<input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
<input type="checkbox"/> 03. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica	<input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
<input type="checkbox"/> 04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	<input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular
<input type="checkbox"/> 05. 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"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	<input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: _____)
<input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório	

(siga O47)

<p>O47. Por causa desta violência, o(a) sr(a) precisou ser internado por 24 horas ou mais?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga O48)</p>	<p>O48. O(a) sr(a) teve ou tem alguma sequela e/ou incapacidade decorrente desta violência?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Encerre o módulo. Passe ao Módulo P.)</p>
--	---

Módulo P. Estilos de Vida

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.

<p>P1. O(A) sr(a) sabe seu peso? (<i>mesmo que seja valor aproximado</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, qual? <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Quilograma <input type="checkbox"/> 2. Não sabe</p> <p style="text-align: center;">(siga P2)</p>	<p>P2. Quanto tempo faz que o(a) sr(a) se pesou da última vez?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 semana</td> <td><input type="checkbox"/> 4. Entre 3 meses e menos de 6 meses</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Entre 1 semana e menos de 1 mês</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Há 6 meses ou mais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 mês a menos de 3 meses</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Nunca se pesou</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Se C008 (idade) ≥ 30, siga P3. Caso contrário, passe ao P4.)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 semana	<input type="checkbox"/> 4. Entre 3 meses e menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 2. Entre 1 semana e menos de 1 mês	<input type="checkbox"/> 5. Há 6 meses ou mais	<input type="checkbox"/> 3. Entre 1 mês a menos de 3 meses	<input type="checkbox"/> 6. Nunca se pesou
<input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 semana	<input type="checkbox"/> 4. Entre 3 meses e menos de 6 meses						
<input type="checkbox"/> 2. Entre 1 semana e menos de 1 mês	<input type="checkbox"/> 5. Há 6 meses ou mais						
<input type="checkbox"/> 3. Entre 1 mês a menos de 3 meses	<input type="checkbox"/> 6. Nunca se pesou						
<p>P3. O(A) sr(a) lembra qual seu peso aproximado por volta dos 20 anos de idade? (<i>somente para pessoas com 30 anos ou mais</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, qual? <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Quilograma <input type="checkbox"/> 2. Não lembra / Não sabe</p> <p style="text-align: center;">(siga P4)</p>	<p>P4. O(A) sr(a) sabe sua altura? (<i>mesmo que seja valor aproximado</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, qual? <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Centímetros <input type="checkbox"/> 2. Não sabe</p> <p style="text-align: center;">(Se C006 = 1, passe ao P6.) (Se C006 = 2, siga P5.)</p>						

Ser for mulher com idade entre 18 e 49 anos de idade

P5. A sra está grávida no momento?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

(siga P6)

Agora vou lhe fazer perguntas sobre sua alimentação.

<p>P6. Em quantos dias da semana o(a) costuma comer feijão?</p> <p><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p style="text-align: center;">(siga P7)</p>	<p>P7. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?</p> <p><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p style="text-align: center;">(Se P7=0, passe ao P9. Se P7>0, siga P8.)</p>				
<p>P8. Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come este tipo de salada?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. 1 vez por dia (no almoço ou no jantar)</td> <td><input type="checkbox"/> 3. 3 vezes ou mais por dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. 2 vezes por dia (no almoço e no jantar)</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga P9)</p>	<input type="checkbox"/> 1. 1 vez por dia (no almoço ou no jantar)	<input type="checkbox"/> 3. 3 vezes ou mais por dia	<input type="checkbox"/> 2. 2 vezes por dia (no almoço e no jantar)		<p>P9. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume cozido, como couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? (<i>sem contar batata, mandioca ou inhame</i>)</p> <p><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p style="text-align: center;">(Se P9=0, passe ao P11. Se P9>0, siga P10.)</p>
<input type="checkbox"/> 1. 1 vez por dia (no almoço ou no jantar)	<input type="checkbox"/> 3. 3 vezes ou mais por dia				
<input type="checkbox"/> 2. 2 vezes por dia (no almoço e no jantar)					
<p>P10. Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come verdura ou legume cozido?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. 1 vez por dia (no almoço ou no jantar)</td> <td><input type="checkbox"/> 3. 3 vezes ou mais por dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. 2 vezes por dia (no almoço e no jantar)</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga P11)</p>	<input type="checkbox"/> 1. 1 vez por dia (no almoço ou no jantar)	<input type="checkbox"/> 3. 3 vezes ou mais por dia	<input type="checkbox"/> 2. 2 vezes por dia (no almoço e no jantar)		<p>P11. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?</p> <p><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p style="text-align: center;">(Se P11=0, passe ao P13. Se P11>0, siga P12.)</p>
<input type="checkbox"/> 1. 1 vez por dia (no almoço ou no jantar)	<input type="checkbox"/> 3. 3 vezes ou mais por dia				
<input type="checkbox"/> 2. 2 vezes por dia (no almoço e no jantar)					

<p>P12. Quando o(a) sr(a) come carne vermelha, o(a) sr(a) costuma:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Tirar o excesso de gordura visível <input type="checkbox"/> 2. Comer com a gordura</p> <p>(siga P13)</p>	<p>P13. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frango/galinha?</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(Se P13=0, passe ao P15. Se P13>0, siga P14.)</p>
<p>P14. Quando o(a) sr(a) come frango/galinha, o(a) sr(a) costuma:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Tirar a pele <input type="checkbox"/> 2. Comer com a pele</p> <p>(siga P15)</p>	<p>P15. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer peixe?</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(siga P16)</p>
<p>P16. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar suco de frutas natural?</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(Se P16=0, passe ao P18. Se P16>0, siga P17.)</p>	<p>P17. Em geral, quantos copos por dia o(a) sr(a) toma de suco de frutas natural?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 1 copo <input type="checkbox"/> 3. 3 copos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 2 copos</p> <p>(siga P18)</p>
<p>P18. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas?</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(Se P18=0, passe ao P20. Se P18>0, siga P19.)</p>	<p>P19. Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come frutas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 1 vez por dia <input type="checkbox"/> 3. 3 vezes ou mais por dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 2 vezes por dia</p> <p>(siga P20)</p>
<p>P20. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante (ou suco artificial)?</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(Se P20=0, passe ao P23. Se P20>0, siga P21.)</p>	<p>P21. Que tipo de refrigerante ou suco artificial o(a) sr(a) costuma tomar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 3. Ambos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Diet/Light/Zero</p> <p>(siga P22)</p>
<p>P22. Em geral, quantos copos de refrigerante ou suco artificial o(a) sr(a) costuma tomar por dia?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 1 copo <input type="checkbox"/> 3. 3 copos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 2 copos</p> <p>(siga P23)</p>	<p>P23. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (<i>não vale leite de soja</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(Se P23=0, passe ao P25. Se P23>0, siga P24.)</p>
<p>P24. Quando o(a) sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Integral <input type="checkbox"/> 3. Os dois tipos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Desnatado ou semidesnatado</p> <p>(siga P25)</p>	<p>P25. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) come alimentos doces, tais como pedaços de bolo ou torta, doces, chocolates, balas, biscoitos ou bolachas doces?</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(siga P26)</p>
<p>P26. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) substitui a refeição do almoço ou jantar por sanduíches, salgados ou pizzas?</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(siga P26a)</p>	<p>P26a. Considerando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados, o(a) Sr(a) acha que o seu consumo de sal é:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Muito alto <input type="checkbox"/> 4. Baixo</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Alto <input type="checkbox"/> 5. Muito baixo</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Adequado</p> <p>(siga P27)</p>

Agora vou lhe perguntar sobre o consumo de bebidas alcoólicas.

<p>P27. Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não bebo nunca <input type="checkbox"/> 3. Uma vez ou mais por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos de uma vez por mês</p> <p>(Se P27 = 1 ou 2, passe ao P34. Se P27 = 3, siga P28.)</p>	<p>P28. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?</p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(siga P29)</p>
<p>P29. Em geral, no dia que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) sr(a) consome? (<i>1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada</i>)</p> <p><input type="text"/> Doses</p> <p>(Se O1 = 2 e O2 = 2, passe ao P31. Caso contrário, siga P30.)</p>	<p>P30. Em algum destes dias em que consumiu bebida alcoólica, o(a) sr(a) dirigiu logo depois de beber?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga P31)</p>

<p>P31. Quantos anos o(a) sr(a) tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> Anos (siga P32) </p>	<p>P32. Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (se homem) OU Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (se mulher)</p> <p> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não </p> <p style="text-align: center;">(Se P32 = 2, passe ao P34. Se P32 = 1, siga ao P33.)</p>
<p>P33. Em quantos dias do mês isto ocorreu?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1. 1 dia <input type="checkbox"/> 2. 2 dias <input type="checkbox"/> 3. 3 dias <input type="checkbox"/> 4. 4 dias <input type="checkbox"/> 5. 5 dias <input type="checkbox"/> 6. 6 dias <input type="checkbox"/> 7. 7 ou mais </p> <p style="text-align: center;">(siga P34)</p>	

Agora vou lhe perguntar sobre prática de atividade física.

<p>P34. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (não considere fisioterapia)</p> <p> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não </p> <p style="text-align: center;">(Se P34 = 2, passe ao P38. Se P34 = 1, siga ao P35.)</p>	<p>P35. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?</p> <p> <input type="text"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana </p> <p style="text-align: center;">(Se P35=0, passe ao P38. Se P35>0, siga P36.)</p>																				
<p>P36. Qual o exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) pratica com mais frequência? Entrevistador: Anotar apenas o primeiro citado</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01. Caminhada (não vale para o trabalho)</td> <td><input type="checkbox"/> 06. Ginástica aeróbica/spinning/step/jump</td> <td><input type="checkbox"/> 10. Artes marciais e luta</td> <td><input type="checkbox"/> 14. Voleibol</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 02. Caminhada em esteira</td> <td><input type="checkbox"/> 07. Hidroginástica</td> <td><input type="checkbox"/> 11. Bicicleta/bicicleta ergométrica</td> <td><input type="checkbox"/> 15. Tênis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 03. Corrida/cooper</td> <td><input type="checkbox"/> 08. Ginástica em geral/localizada/pilates/alongamento/ioga</td> <td><input type="checkbox"/> 12. Futebol</td> <td><input type="checkbox"/> 16. Dança (com o objetivo de praticar atividade física)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 04. Corrida em esteira</td> <td><input type="checkbox"/> 09. Natação</td> <td><input type="checkbox"/> 13. Basquetebol</td> <td><input type="checkbox"/> 17. Outro (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 05. Musculação</td> <td></td> <td></td> <td>_____</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga P37)</p>		<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/bicicleta ergométrica	<input type="checkbox"/> 15. Tênis	<input type="checkbox"/> 03. Corrida/cooper	<input type="checkbox"/> 08. Ginástica em geral/localizada/pilates/alongamento/ioga	<input type="checkbox"/> 12. Futebol	<input type="checkbox"/> 16. Dança (com o objetivo de praticar atividade física)	<input type="checkbox"/> 04. Corrida em esteira	<input type="checkbox"/> 09. Natação	<input type="checkbox"/> 13. Basquetebol	<input type="checkbox"/> 17. Outro (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 05. Musculação			_____
<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/bicicleta ergométrica	<input type="checkbox"/> 15. Tênis																		
<input type="checkbox"/> 03. Corrida/cooper	<input type="checkbox"/> 08. Ginástica em geral/localizada/pilates/alongamento/ioga	<input type="checkbox"/> 12. Futebol	<input type="checkbox"/> 16. Dança (com o objetivo de praticar atividade física)																		
<input type="checkbox"/> 04. Corrida em esteira	<input type="checkbox"/> 09. Natação	<input type="checkbox"/> 13. Basquetebol	<input type="checkbox"/> 17. Outro (Especifique: _____)																		
<input type="checkbox"/> 05. Musculação			_____																		
<p>P37. Em geral, no dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> Horas <input type="text"/> <input type="text"/> Minutos </p>																					

As questões P38 a P41 são dirigidas às pessoas ocupadas.

(Se E11 = 1, 2 ou 3, siga P38. Se E11 não tiver sido preenchido, passe ao P42.)

<p>P38. No seu trabalho, o(a) sr(a) anda bastante a pé?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não </p> <p style="text-align: center;">(siga P39)</p>	<p>P39. No seu trabalho, o(a) sr(a) faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade pesada que requer esforço físico intenso?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não </p> <p style="text-align: center;">(Se P39 = 1, siga P39a. Se P39 = 2, passe ao P40.)</p>	<p>P39a. Em uma semana normal, em quantos dias o(a) sr(a) faz essas atividades no seu trabalho?</p> <p> <input type="text"/> Número de dias </p> <p style="text-align: center;">(siga P39b)</p>	<p>P39b. Quanto tempo o(a) sr(a) passa realizando atividades físicas em um dia normal de trabalho?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> Horas <input type="text"/> <input type="text"/> Minutos </p> <p style="text-align: center;">(siga P40)</p>
<p>P40. Para ir ou voltar do trabalho, o(a) sr(a) faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1. Sim, todo o trajeto <input type="checkbox"/> 2. Sim, parte do trajeto <input type="checkbox"/> 3. Não </p> <p style="text-align: center;">(Se P40 = 3, passe ao P42. Se P40 = 1 ou 2, siga P41.)</p>	<p>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?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> Horas <input type="text"/> <input type="text"/> Minutos </p> <p style="text-align: center;">(siga P42)</p>	<p>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 bicicleta?</p> <p> <input type="text"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana </p> <p style="text-align: center;">(Se P42 = 0, passe ao P44. Se P42>0, siga P43.)</p>	<p>P43. No dia em que o(a) sr(a) faz esta atividade, quanto tempo o(a) sr(a) gasta no deslocamento a pé ou de bicicleta, considerando a ida e a volta?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> Horas <input type="text"/> <input type="text"/> Minutos </p> <p style="text-align: center;">(siga P44)</p>
<p>P44. Nas suas atividades domésticas, o(a) sr(a) faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade pesada que requer esforço físico intenso?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não </p> <p style="text-align: center;">(Se P44=1, siga P44a. Se P44=2, passe ao P45.)</p>	<p>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?</p> <p> <input type="text"/> Número de dias </p> <p style="text-align: center;">(siga P44b)</p>	<p>P44b. Quanto tempo gasta, por dia, realizando essas atividades domésticas pesadas?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> Horas <input type="text"/> <input type="text"/> Minutos </p> <p style="text-align: center;">(siga P45)</p>	

<p>P45. Em média, quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma ficar assistindo televisão?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 hora</td> <td><input type="checkbox"/> 4. Entre 3 horas e menos de 4 horas</td> <td><input type="checkbox"/> 7. 6 horas ou mais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Entre 1 horas e menos de 2 horas</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Entre 4 horas e menos de 5 horas</td> <td><input type="checkbox"/> 8. Não assiste televisão</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Entre 2 horas e menos de 3 horas</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Entre 5 horas e menos de 6 horas</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga P46)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 hora	<input type="checkbox"/> 4. Entre 3 horas e menos de 4 horas	<input type="checkbox"/> 7. 6 horas ou mais	<input type="checkbox"/> 2. Entre 1 horas e menos de 2 horas	<input type="checkbox"/> 5. Entre 4 horas e menos de 5 horas	<input type="checkbox"/> 8. Não assiste televisão	<input type="checkbox"/> 3. Entre 2 horas e menos de 3 horas	<input type="checkbox"/> 6. Entre 5 horas e menos de 6 horas		<p>P46. Perto do seu domicílio, existe algum lugar público (praça, parque, rua fechada, praia) para fazer caminhada, realizar exercício ou praticar esporte?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga P47)</p>
<input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 hora	<input type="checkbox"/> 4. Entre 3 horas e menos de 4 horas	<input type="checkbox"/> 7. 6 horas ou mais								
<input type="checkbox"/> 2. Entre 1 horas e menos de 2 horas	<input type="checkbox"/> 5. Entre 4 horas e menos de 5 horas	<input type="checkbox"/> 8. Não assiste televisão								
<input type="checkbox"/> 3. Entre 2 horas e menos de 3 horas	<input type="checkbox"/> 6. Entre 5 horas e menos de 6 horas									

Agora vou lhe perguntar sobre a participação em programas públicos de atividade física

<p>P47. O(A) sr(a) conhece algum programa público no seu município de estímulo à prática de atividade física?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se P47 = 2, passe ao P50. Se P47 = 1, siga P48.)</p>	<p>P48. O(A) sr(a) participa desse programa?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se P48 = 2, siga P49. Se P48 = 1, passe ao P50.)</p>	<p>P49. Qual o principal motivo de não participar?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Não é perto do meu domicílio</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Foi impedido de participar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Não tenho tempo</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Problemas de saúde ou incapacidade física</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Não tenho interesse nas atividades oferecidas</td> <td><input type="checkbox"/> 7. Outro (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. O espaço não é seguro/iluminado</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga P50)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Não é perto do meu domicílio	<input type="checkbox"/> 5. Foi impedido de participar	<input type="checkbox"/> 2. Não tenho tempo	<input type="checkbox"/> 6. Problemas de saúde ou incapacidade física	<input type="checkbox"/> 3. Não tenho interesse nas atividades oferecidas	<input type="checkbox"/> 7. Outro (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 4. O espaço não é seguro/iluminado	_____
<input type="checkbox"/> 1. Não é perto do meu domicílio	<input type="checkbox"/> 5. Foi impedido de participar									
<input type="checkbox"/> 2. Não tenho tempo	<input type="checkbox"/> 6. Problemas de saúde ou incapacidade física									
<input type="checkbox"/> 3. Não tenho interesse nas atividades oferecidas	<input type="checkbox"/> 7. Outro (Especifique: _____)									
<input type="checkbox"/> 4. O espaço não é seguro/iluminado	_____									

Agora vou lhe perguntar sobre fumo de cigarros ou de outros produtos do tabaco que são fumados tais como charuto, cigarrilha, cachimbo, cigarros de cravo (ou de Bali) e narguilé (ou cachimbos d'água). 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?</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 fuma atualmente</p> <p style="text-align: center;">(Se P50 = 1, passe ao P53. Se P50 = 2, siga P51. Se P50 = 3, passe ao P52.)</p>	<p>P51. E no passado, o(a) sr(a) fumou algum produto do tabaco diariamente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se P51 = 1, passe ao P53. Se P51 = 2, passe ao P54.)</p>	<p>P52. E no passado, o(a) sr(a) fumou algum produto do tabaco?</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 style="text-align: center;">((Se P52 = 1, siga P53. Se P52 = 2, passe ao P58. Se P52 = 3, passe ao P67.)</p>	<p>P53. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar cigarro diariamente?</p> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 20px;"> </td> </tr> </table> Anos </div> <p style="text-align: center;">(Se P52 = 1, passe ao P58. Caso contrário, siga P54.)</p>		

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

<p>a. Cigarros industrializados?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia</td> <td><input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td>Quantos por dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana</td> <td><input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td>Quantos por semana</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga P54b)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Quantos por dia	<input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Quantos por semana	<input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana			<input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês			<input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto			<p>b. Cigarros de palha ou enrolados a mão?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia</td> <td><input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td>Quantos por dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana</td> <td><input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td>Quantos por semana</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga P54c)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Quantos por dia	<input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Quantos por semana	<input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana			<input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês			<input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto		
<input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Quantos por dia																													
<input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Quantos por semana																													
<input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana																															
<input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês																															
<input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto																															
<input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Quantos por dia																													
<input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Quantos por semana																													
<input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana																															
<input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês																															
<input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto																															
<p>c. Cigarros de cravo ou de Bali?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia</td> <td><input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td>Quantos por dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana</td> <td><input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td>Quantos por semana</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga P54d)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Quantos por dia	<input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Quantos por semana	<input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana			<input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês			<input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto			<p>d. Cachimbos (considere cachimbos cheios)?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia</td> <td><input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td>Quantos por dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana</td> <td><input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td>Quantos por semana</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga P54e)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Quantos por dia	<input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Quantos por semana	<input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana			<input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês			<input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto		
<input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Quantos por dia																													
<input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Quantos por semana																													
<input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana																															
<input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês																															
<input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto																															
<input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Quantos por dia																													
<input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Quantos por semana																													
<input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana																															
<input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês																															
<input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto																															

<p>e. Charutos ou cigarrilhas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Quantos por dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana <input style="width: 40px; height: 20px;" 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 style="text-align: right;">(siga P54f)</p>	<p>f. Narguilé (sessões)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Quantos por dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana <input style="width: 40px; height: 20px;" 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 style="text-align: right;">(siga P54g)</p>
--	---

g. Outro? (Especifique _____)

<p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Quantos por dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana <input style="width: 40px; height: 20px;" 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>
---	---

(Se P50=1, siga P55. Se P50=2 e P54a ≠5, passe ao P56. Se P50 =2 e P54a=5, passe ao P60.)

P55. Quanto tempo depois de acordar o(a) sr(a) normalmente fuma pela primeira vez?

<p><input type="checkbox"/> 1. Até 5 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De 6 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>
---	---

(Se P54a = 5, passe ao P60. Caso contrário, siga P56.)

As próximas perguntas são referentes à última vez que o(a) sr(a) comprou cigarros industrializados para consumo próprio.

<p>P56. A última vez em que o(a) sr(a) comprou cigarros para uso próprio, quantos cigarros comprou?</p> <p>Entrevistador: Registre a quantidade e, quando necessário, registre os detalhes da unidade.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">UNIDADE</th> <th style="width: 25%;">QUANTIDADE</th> <th style="width: 50%;">DETALHE DA UNIDADE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Cigarros</td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Maços</td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Quantos cigarros havia em cada maço</td> </tr> <tr> <td>3. Pacotes</td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Quantos cigarros havia em cada pacote</td> </tr> <tr> <td colspan="3">4. Nunca comprei cigarros para uso próprio</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(Se P56=1, 2 ou 3, siga P57. Se P56=4, passe ao P60.)</p>	UNIDADE	QUANTIDADE	DETALHE DA UNIDADE	1. Cigarros	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		2. Maços	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Quantos cigarros havia em cada maço	3. Pacotes	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Quantos cigarros havia em cada pacote	4. Nunca comprei cigarros para uso próprio			<p>P57. No total, quanto o(a) sr(a) pagou por essa compra?</p> <p>R\$ <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">(passe ao P60)</p>
UNIDADE	QUANTIDADE	DETALHE DA UNIDADE														
1. Cigarros	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>															
2. Maços	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Quantos cigarros havia em cada maço														
3. Pacotes	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Quantos cigarros havia em cada pacote														
4. Nunca comprei cigarros para uso próprio																

<p>P58. Em média, quantos cigarros industrializados o(a) sr(a) fumava por dia ou por semana?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Quantos por dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Quantos por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não fumava este produto</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Não sabe</p> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga P59)</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Quantos por dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana <input style="width: 40px; height: 20px;" 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 fumava este produto</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Não sabe</p>	<p>P59. Há quanto tempo o(a) sr(a) parou de fumar?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Anos</td> <td>Meses</td> <td>Semanas</td> <td>Dias</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Se há menos de 1 ano, passe ao P61. Se há 1 ano ou mais, passe ao P67.)</p>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Anos	Meses	Semanas	Dias
<p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Quantos por dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana <input style="width: 40px; height: 20px;" 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 fumava este produto</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Não sabe</p>										
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>								
Anos	Meses	Semanas	Dias								

As próximas perguntas são sobre as tentativas de parar de fumar que o(a) sr(a) fez nos últimos 12 meses.

<p>P60. Durante os últimos 12 meses, o(a) sr(a) tentou parar de fumar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se P60 = 2, passe ao P67. Se P60 = 1, siga P61.)</p>	<p>P61. Quando o(a) sr(a) tentou parar de fumar, procurou tratamento com profissional de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se P61= 2, passe ao P67. Se P61 = 1, siga P62.)</p>	<p>P62. O(A) sr(a) conseguiu o tratamento com profissional de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se P62 = 1, passe ao P64. Se P62 = 2, siga P63.)</p>			
<p>P63. Por que o(a) sr(a) não conseguiu tratamento?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas ainda não foi realizada</p> <p><input type="checkbox"/> 02. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Não conseguiu marcar</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> 04. Não sabia quem procurar ou aonde ir</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Estava com dificuldades financeiras</p> <p><input type="checkbox"/> 06. O plano de saúde não cobria o tratamento</p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> 07. O serviço de saúde era muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 08. Teve dificuldades de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 09. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Outro (Especifique: _____)</p> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(passe ao P67)</p>			<p><input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas ainda não foi realizada</p> <p><input type="checkbox"/> 02. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Não conseguiu marcar</p>	<p><input type="checkbox"/> 04. Não sabia quem procurar ou aonde ir</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Estava com dificuldades financeiras</p> <p><input type="checkbox"/> 06. O plano de saúde não cobria o tratamento</p>	<p><input type="checkbox"/> 07. O serviço de saúde era muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 08. Teve dificuldades de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 09. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Outro (Especifique: _____)</p>
<p><input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas ainda não foi realizada</p> <p><input type="checkbox"/> 02. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Não conseguiu marcar</p>	<p><input type="checkbox"/> 04. Não sabia quem procurar ou aonde ir</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Estava com dificuldades financeiras</p> <p><input type="checkbox"/> 06. O plano de saúde não cobria o tratamento</p>	<p><input type="checkbox"/> 07. O serviço de saúde era muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 08. Teve dificuldades de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 09. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Outro (Especifique: _____)</p>			

<p>P64. O tratamento foi coberto por algum plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga P65)</p>	<p>P65. O(A) sr(a) pagou algum valor por esse tratamento? (Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou mas teve reembolso total, marque a opção 2)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga P66)</p>	<p>P66. O tratamento foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga P67)</p>
--	---	---

A próxima pergunta é sobre o uso de tabaco sem fumaça, como fumo para mascar ou para aspirar ou algum produto do tabaco que não faz fumaça. Não considere o uso de cocaína e outras drogas.

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

1. Sim, diariamente 2. Sim, menos que diariamente 3. Não usa

(siga P68)

Agora eu gostaria de lhe fazer perguntas sobre fumo em seu domicílio.

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

1. Diariamente 2. Semanalmente 3. Mensalmente 4. Menos que mensalmente 5. Nunca

(siga P69)

A próxima pergunta se refere à sua exposição à propaganda a favor de cigarros.

P69. Nos últimos 30 dias, o(a) sr(a) viu alguma propaganda ou anúncio de cigarros nos pontos de venda de cigarros?

1. Sim 2. Não 3. Não lembra

(siga P70)

As próximas perguntas se referem à sua exposição à propaganda contra cigarros.

P70. Nos últimos 30 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?

<p>a. Nos jornais ou revistas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga P70b)</p>	<p>b. Na televisão?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga P70c)</p>	<p>c. No rádio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga P71)</p>
---	--	---

P71. Nos últimos 30 dias, viu alguma foto ou advertência sobre os riscos de fumar nos maços de cigarros?

1. Sim 2. Não 3. Não vi nenhum maço de cigarros

(Se P71 = 2 ou 3, passe ao Módulo Q.)
(Se P71 = 1 e P50 = 1 ou 2, siga P72.)
(Se P71 = 1 e P50 = 3, passe ao Módulo Q.)

P72. Nos últimos 30 dias, as advertências nos maços de cigarro levaram o(a) sr(a) a pensar em parar de fumar?

1. Sim 2. Não

(Encerre o módulo. Passe ao Módulo Q.)

Módulo Q. Doenças crônicas

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

<p>Q1. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) teve sua pressão arterial medida?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 5. 3 anos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos <input type="checkbox"/> 6. Nunca</p> <p>(Se Q1=1 a 5, siga Q2. Se Q1=6, passe ao Q29.)</p>	<p>Q2. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Apenas durante a gravidez (só para mulheres)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não</p> <p>(Se Q2=1, siga Q3. Se Q2=2 ou 3, passe ao Q29.)</p>	<p>Q3. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?</p> <p><input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p>Anos</p> <p>(siga Q4)</p>
<p>Q4. O(A) sr(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão arterial (pressão alta)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, só quando tem algum problema</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Nunca vai</p> <p>(Se Q4 = 2 ou 3, siga Q5. Se Q4 = 1, passe ao Q6.)</p>	<p>Q5. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão arterial (pressão alta)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. O serviço de saúde é muito distante <input type="checkbox"/> 6. O plano de saúde não cobre as consultas</p> <p><input type="checkbox"/> 2. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande <input type="checkbox"/> 7. Não sabe quem procurar ou aonde ir</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem dificuldades financeiras <input type="checkbox"/> 8. Dificuldade de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não acha necessário <input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas</p> <p>(siga Q6)</p>	

<p>Q6. Nas duas últimas semanas, o(a) sr(a) tomou medicamentos por causa da hipertensão arterial (pressão alta)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q6=1, siga Q7 Se Q6=2, passe ao Q11.)</p>	<p>Q7. Algum dos medicamentos para hipertensão arterial foi coberto por plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(Se Q7 = 1, passe a Q10. Se Q7 = 2 ou 3, siga Q8.)</p>	<p>Q8. Algum dos medicamentos para hipertensão arterial foi obtido no programa farmácia popular (PFP)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(Se Q8 = 1, passe a Q10. Se Q8 = 2 ou 3, siga Q9.)</p>	<p>Q9. Algum dos medicamentos para hipertensão arterial foi obtido em serviço público de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(siga Q10)</p>
<p>Q10. O(A) sr(a) pagou algum valor pelos medicamentos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q11)</p>	<p>Q11. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) recebeu assistência médica por causa da hipertensão arterial?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca recebeu</p> <p>(Se Q11 = 1 a 5, siga Q12. Se Q11 = 6, passe ao Q28.)</p>		
<p>Q12. Na última vez que recebeu assistência médica para hipertensão arterial, onde o(a) sr(a) foi atendido?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica</p> <p><input type="checkbox"/> 03. UPA (Unidade de pronto Atendimento)</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Pronto-socorro ou emergência de hospital público</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Hospital público/ambulatório</p> <p><input type="checkbox"/> 07. Consultório particular ou clínica privada</p> <p><input type="checkbox"/> 08. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato</p> <p><input type="checkbox"/> 09. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado</p> <p><input type="checkbox"/> 10. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família</p> <p><input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga Q13)</p>		<p>Q13. Esse atendimento foi coberto por algum plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q14)</p>	
<p>Q14. O(A) sr(a) pagou algum valor por este atendimento?</p> <p>Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou mas teve reembolso total, marque a opção 2</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q15)</p>	<p>Q15. Esse atendimento foi feito pelo SUS?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga Q16)</p>	<p>Q16. Na última consulta, o médico que o(a) atendeu era o mesmo das consultas anteriores?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q17)</p>	<p>Q17. Na última consulta, o médico viu os exames das consultas passadas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, pois não tinha realizado exames</p> <p>(siga Q18)</p>
<p>Q18. Em algum dos atendimentos para hipertensão, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?</p> <p>a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18b)</p> <p>b. Manter o peso adequado <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18c)</p> <p>c. Ingerir menos sal <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18d)</p> <p>d. Praticar atividade física regular <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18e)</p> <p>e. Não fumar <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18f)</p> <p>f. Não beber em excesso <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18g)</p> <p>g. Fazer o acompanhamento regular <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18h)</p> <p>h. Outro (Especifique: _____) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q19)</p>		<p>Q19. Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial foi pedido algum exame?</p> <p>a. Exame de sangue (colesterol, glicemia, triglicerídeos) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q19b)</p> <p>b. Exame de urina <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q19c)</p> <p>c. Eletrocardiograma <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q19d)</p> <p>d. Teste de esforço <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q19e)</p> <p>e. Outro (Especifique: _____) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se todos os itens forem = 2, passe ao Q22. Caso contrário, siga Q20.)</p>	
<p>Q20. O(A) sr(a) fez todos os exames solicitados?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q20 = 1, passe ao Q22. Se Q20 = 2, siga ao Q21.)</p>	<p>Q21. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter feito todos os exames solicitados?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. O exame está marcado, mas ainda não fez</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Não achou necessário</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Não conseguiu marcar</p> <p><input type="checkbox"/> 04. O tempo de espera no laboratório ou serviço de saúde era muito grande</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Estava com dificuldades financeiras</p> <p><input type="checkbox"/> 06. O laboratório ou serviço de saúde era muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 07. O horário de funcionamento do laboratório ou serviço de saúde era incompatível com as suas atividades de trabalho ou domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> 08. O plano de saúde não cobria todos os exames solicitados</p> <p><input type="checkbox"/> 09. Não sabia onde realizar os exames</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Dificuldade de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga Q22)</p>		

<p>Q22. Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial, houve encaminhamento para alguma consulta com médico especialista, tais como cardiologista ou nefrologista?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não houve encaminhamento, pois todas as consultas para hipertensão foram com médico especialista</p> <p>(Se Q22 = 1, siga Q23. Se Q22 = 2 ou 3, passe ao Q26.)</p>		<p>Q23. O(A) sr(a) foi a todas as consultas com o médico especialista?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q23 = 1, passe ao Q26. Se Q23 = 2, siga Q24.)</p>			
<p>Q24. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter ido a todas as consultas com o médico especialista?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas a consulta ainda não foi realizada <input type="checkbox"/> 07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Não achou necessário <input type="checkbox"/> 08. O plano de saúde não cobria a consulta</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Não sabia quem procurar ou aonde ir <input type="checkbox"/> 09. O serviço de saúde era muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Estava com dificuldades financeiras <input type="checkbox"/> 10. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Teve dificuldades de transporte <input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Não conseguiu marcar</p> <p>(siga Q26)</p>		<p>Q26. Alguma vez o(a) sr(a) se internou por causa da hipertensão ou de alguma complicação?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q26=1, siga Q27. Se Q26=2, passe ao Q28.)</p>			
<p>Q27. Há quanto tempo foi a última internação por causa da hipertensão ou de alguma complicação?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</p> <p>(siga Q28)</p>	<p>Q28. Em geral, em que grau a hipertensão ou alguma complicação da hipertensão limita as suas atividades habituais (<i>como trabalhar, estudar, realizar afazeres domésticos, etc</i>)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não limita</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Moderadamente</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</p> <p>(siga Q29)</p>	<p>Q29. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) fez exame de sangue para medir a glicemia, isto é, o açúcar no sangue?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca fez</p> <p>(Se Q29=1 a 5, siga Q30. Se Q29=6, passe ao Q59.)</p>			
<p>Q30. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Apenas durante a gravidez (<i>só para mulheres</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não</p> <p>(Se Q30=1, siga Q31. Se Q30=2 ou 3, passe ao Q59.)</p>	<p>Q31. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de diabetes?</p> <p><input type="text" value=""/> Anos <input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p>(siga Q32)</p>	<p>Q32. O(A) sr(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, só quando tem algum problema</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Nunca vai</p> <p>(Se Q32=1, passe ao Q34. Se Q32=2 ou 3, siga Q33.)</p>			
<p>Q33. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. O serviço de saúde é muito distante <input type="checkbox"/> 4. Não acha necessário <input type="checkbox"/> 7. Não sabe quem procurar ou aonde ir</p> <p><input type="checkbox"/> 2. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande <input type="checkbox"/> 5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas <input type="checkbox"/> 8. Dificuldade de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem dificuldades financeiras <input type="checkbox"/> 6. O plano de saúde não cobre as consultas <input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga Q34)</p>					
<p>Q34. Nas duas últimas semanas, por causa do diabetes, o(a) sr(a):</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <p>a. Tomou medicamentos orais para baixar o açúcar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q34b)</p> </td> <td style="width: 50%;"> <p>b. Usou insulina?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q34a=1 ou Q34b=1, siga Q35. Se Q34a=2 e Q34b=2, passe ao Q39.)</p> </td> </tr> </table>				<p>a. Tomou medicamentos orais para baixar o açúcar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q34b)</p>	<p>b. Usou insulina?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q34a=1 ou Q34b=1, siga Q35. Se Q34a=2 e Q34b=2, passe ao Q39.)</p>
<p>a. Tomou medicamentos orais para baixar o açúcar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q34b)</p>	<p>b. Usou insulina?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q34a=1 ou Q34b=1, siga Q35. Se Q34a=2 e Q34b=2, passe ao Q39.)</p>				
<p>Q35. Algum dos medicamentos ou insulina para diabetes foi coberto por plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(Se Q35=1, passe ao Q38. Se Q35=2 ou 3, siga Q36.)</p>	<p>Q36. Algum dos medicamentos para diabetes ou insulina foi obtido no Programa de Farmácia Popular (PFP)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(Se Q36=1, passe ao Q38. Se Q36=2 ou 3, siga Q37.)</p>	<p>Q37. Algum dos medicamentos para diabetes ou insulina foi obtido em serviço público de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(siga Q38)</p>	<p>Q38. O(A) sr(a) pagou algum valor pelos medicamentos para diabetes ou insulina?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não</p> <p>(siga Q39)</p>		

<p>Q39. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) recebeu assistência médica por causa do diabetes?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca recebeu</p> <p>(Se Q39=1 ao 5, siga Q40. Se Q39=6, passe ao Q58.)</p>	<p>Q40. Na última vez que recebeu assistência médica para diabetes, onde o(a) sr(a) foi atendido?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica</p> <p><input type="checkbox"/> 03. UPA (Unidade de pronto Atendimento)</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Pronto-socorro ou emergência de hospital público</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Hospital público/ambulatório</p> <p><input type="checkbox"/> 07. Consultório particular ou clínica privada</p> <p><input type="checkbox"/> 08. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato</p> <p><input type="checkbox"/> 09. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado</p> <p><input type="checkbox"/> 10. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família</p> <p><input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga Q41)</p>	
<p>Q41. Esse atendimento foi coberto por algum plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q42)</p>	<p>Q42. O(A) sr(a) pagou algum valor por esse atendimento? <i>(Entrevistador: Se o(a) entrevistado (a) responder que pagou mas teve reembolso total, marque a opção 2)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q43)</p>	<p>Q43. Esse atendimento foi feito pelo SUS?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga Q44)</p>
<p>Q44. Na última consulta, o médico que o(a) atendeu era o mesmo das consultas anteriores?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q45)</p>	<p>Q45. Na última consulta, o médico viu os exames das consultas passadas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não, pois não tinha realizado exames</p> <p>(siga Q46)</p>	
<p>Q46. Em algum dos atendimentos para diabetes, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?</p> <p>a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q46b)</p> <p>b. Manter o peso adequado <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q46c)</p> <p>c. Praticar atividade física regular <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q46d)</p> <p>d. Não fumar <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q46e)</p> <p>e. Não beber em excesso <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q46f)</p> <p>f. Diminuir o consumo de carboidratos (massas, pães etc.) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q46g)</p> <p>g. Medir a glicemia em casa <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q46h)</p> <p>h. Examinar os pés regularmente <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q46i)</p> <p>i. Outro (Especifique: _____) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q47)</p>		
<p>Q47. Em algum dos atendimentos para diabetes foi pedido algum exame?</p> <p>a. Exame de sangue (colesterol, glicemia, triglicerídeos) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q47b)</p> <p>b. Hemoglobina glicada <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q47c)</p> <p>c. Curva glicêmica <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q47d)</p> <p>d. Exame de urina <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q47e)</p> <p>e. Outro (Especifique: _____) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se todos os itens forem = 2, passe ao Q50. Caso contrário, siga Q48.)</p>		
<p>Q48. O(A) sr(a) fez todos os exames solicitados?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q48=2, siga Q49. Se Q48=1, passe ao Q50.)</p>	<p>Q49. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter feito todos os exames solicitados?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. O exame está marcado, mas ainda não fez</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Não achou necessário</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Não conseguiu marcar</p> <p><input type="checkbox"/> 04. O tempo de espera no laboratório ou serviço de saúde era muito grande</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Estava com dificuldades financeiras</p> <p><input type="checkbox"/> 06. O laboratório ou serviço de saúde era muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 07. O horário de funcionamento do laboratório ou serviço de saúde era incompatível com as suas atividades de trabalho ou domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> 08. O plano de saúde não cobria todos os exames solicitados</p> <p><input type="checkbox"/> 09. Não sabia onde realizar os exames</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Dificuldade de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga Q50)</p>	
<p>Q50. Em algum dos atendimentos para diabetes, houve encaminhamento para alguma consulta com médico especialista, tais como cardiologista, endocrinologista, nefrologista ou oftalmologista?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não houve encaminhamento, pois todas as consultas para diabetes foram com médico especialista</p> <p>(Se Q50=1, siga Q51. Se Q50=2 ou 3, passe ao Q53.)</p>	<p>Q51. O(A) sr(a) foi a todas as consultas com médico especialista?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q51=2, siga Q52. Se Q51=1, passe ao Q53.)</p>	

<p>Q52. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter ido a todas as consultas com o médico especialista?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas a consulta ainda não foi realizada</td> <td><input type="checkbox"/> 07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 02. Não achou necessário</td> <td><input type="checkbox"/> 08. O plano de saúde não cobria a consulta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 03. Não sabia quem procurar ou aonde ir</td> <td><input type="checkbox"/> 09. O serviço de saúde era muito distante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 04. Estava com dificuldades financeiras</td> <td><input type="checkbox"/> 10. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 05. Teve dificuldades de transporte</td> <td><input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 06. Não conseguiu marcar</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga Q53)</p>			<input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas a consulta ainda não foi realizada	<input type="checkbox"/> 07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande	<input type="checkbox"/> 02. Não achou necessário	<input type="checkbox"/> 08. O plano de saúde não cobria a consulta	<input type="checkbox"/> 03. Não sabia quem procurar ou aonde ir	<input type="checkbox"/> 09. O serviço de saúde era muito distante	<input type="checkbox"/> 04. Estava com dificuldades financeiras	<input type="checkbox"/> 10. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas	<input type="checkbox"/> 05. Teve dificuldades de transporte	<input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 06. Não conseguiu marcar																															
<input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas a consulta ainda não foi realizada	<input type="checkbox"/> 07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande																																											
<input type="checkbox"/> 02. Não achou necessário	<input type="checkbox"/> 08. O plano de saúde não cobria a consulta																																											
<input type="checkbox"/> 03. Não sabia quem procurar ou aonde ir	<input type="checkbox"/> 09. O serviço de saúde era muito distante																																											
<input type="checkbox"/> 04. Estava com dificuldades financeiras	<input type="checkbox"/> 10. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas																																											
<input type="checkbox"/> 05. Teve dificuldades de transporte	<input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: _____)																																											
<input type="checkbox"/> 06. Não conseguiu marcar																																												
<p>Q53. Quando foi a última vez que realizaram um exame de vista ou fundo de olho em que dilataram sua pupila?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</td> <td><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Nunca fez</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga Q54)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos	<input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais	<input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos	<input type="checkbox"/> 6. Nunca fez	<p>Q54. Quando foi a última vez que um médico ou profissional de saúde examinou seus pés para verificar sensibilidade ou presença de feridas ou irritações?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</td> <td><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Nunca teve os pés examinados</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga Q55)</p>		<input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos	<input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais	<input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos	<input type="checkbox"/> 6. Nunca teve os pés examinados																														
<input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos																																											
<input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais																																											
<input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos	<input type="checkbox"/> 6. Nunca fez																																											
<input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos																																											
<input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais																																											
<input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos	<input type="checkbox"/> 6. Nunca teve os pés examinados																																											
<p>Q55. O(A) sr(a) tem ou teve alguma destas complicações por causa do diabetes?</p> <table border="0"> <tr> <td>a. Problemas na vista</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> <td>(siga Q55b)</td> <td>f. Úlcera/ferida nos pés</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> <td>(siga Q55g)</td> </tr> <tr> <td>b. Infarto</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> <td>(siga Q55c)</td> <td>g. Amputação de membros (pés, pernas, mãos ou braços)</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> <td>(siga Q55h)</td> </tr> <tr> <td>c. AVC (Acidente Vascular cerebral) ou derrame</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> <td>(siga Q55d)</td> <td>h. Coma diabético</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> <td>(siga Q55i)</td> </tr> <tr> <td>d. Outro problema circulatório</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> <td>(siga Q55e)</td> <td>i. Outro (Especifique: _____)</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> <td>(siga Q56)</td> </tr> <tr> <td>e. Problema nos rins</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> <td>(siga Q55f)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			a. Problemas na vista	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q55b)	f. Úlcera/ferida nos pés	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q55g)	b. Infarto	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q55c)	g. Amputação de membros (pés, pernas, mãos ou braços)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q55h)	c. AVC (Acidente Vascular cerebral) ou derrame	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q55d)	h. Coma diabético	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q55i)	d. Outro problema circulatório	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q55e)	i. Outro (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q56)	e. Problema nos rins	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q55f)						
a. Problemas na vista	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q55b)	f. Úlcera/ferida nos pés	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q55g)																																					
b. Infarto	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q55c)	g. Amputação de membros (pés, pernas, mãos ou braços)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q55h)																																					
c. AVC (Acidente Vascular cerebral) ou derrame	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q55d)	h. Coma diabético	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q55i)																																					
d. Outro problema circulatório	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q55e)	i. Outro (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q56)																																					
e. Problema nos rins	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q55f)																																									
<p>Q56. Alguma vez o(a) sr(a) se internou por causa do diabetes ou de alguma complicação?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Se Q56=1, siga Q57. Se Q56=2, passe ao Q58.)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<p>Q57. Há quanto tempo foi a última internação por causa do diabetes ou de alguma complicação?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</td> <td><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga Q58)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos	<input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais	<input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos		<p>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.)?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Não limita</td> <td><input type="checkbox"/> 4. Intensamente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Um pouco</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Moderadamente</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga Q59)</p>	<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																													
<input type="checkbox"/> 1. Sim																																												
<input type="checkbox"/> 2. Não																																												
<input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos																																											
<input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais																																											
<input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos																																												
<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																																												
<p>Q59. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) fez exame de sangue para medir o colesterol e triglicérides?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</td> <td><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Nunca fez</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Se Q59=1 ao 5, siga Q60. Se Q59=6, passe ao Q63.)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos	<input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais	<input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos	<input type="checkbox"/> 6. Nunca fez	<p>Q60. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de colesterol alto?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Se Q60=1, siga Q61. Se Q60=2, passe ao Q63.)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<p>Q61. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de colesterol alto?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="text" value=""/></td> <td><input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Anos</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga Q62)</p>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano	Anos																															
<input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos																																											
<input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais																																											
<input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos	<input type="checkbox"/> 6. Nunca fez																																											
<input type="checkbox"/> 1. Sim																																												
<input type="checkbox"/> 2. Não																																												
<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano																																											
Anos																																												
<p>Q62. Algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu algumas das seguintes recomendações por causa do colesterol alto?</p> <table border="0"> <tr> <td>a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais)</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> <td>(siga Q62b)</td> </tr> <tr> <td>b. Manter o peso adequado</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> <td>(siga Q62c)</td> </tr> <tr> <td>c. Prática de atividade física</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> <td>(siga Q62d)</td> </tr> <tr> <td>d. Tomar medicamentos</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> <td>(siga Q62e)</td> </tr> <tr> <td>e. Não fumar</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> <td>(siga Q62f)</td> </tr> <tr> <td>f. Fazer acompanhamento regular</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> <td>(siga Q63)</td> </tr> </table>	a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q62b)	b. Manter o peso adequado	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q62c)	c. Prática de atividade física	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q62d)	d. Tomar medicamentos	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q62e)	e. Não fumar	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q62f)	f. Fazer acompanhamento regular	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q63)	<p>Q63. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Se Q63= 2, passe ao Q68. Caso contrário, siga para os itens abaixo.)</p> <table border="0"> <tr> <td>a. Infarto</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> <td>(siga Q63b)</td> </tr> <tr> <td>b. Angina</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> <td>(siga Q63c)</td> </tr> <tr> <td>c. Insuficiência cardíaca</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> <td>(siga Q63d)</td> </tr> <tr> <td>d. Outra (Especifique: _____)</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Se todas = 2, passe ao Q68. Caso contrário, siga Q64.)</p>		<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	a. Infarto	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q63b)	b. Angina	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q63c)	c. Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q63d)	d. Outra (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q62b)																																									
b. Manter o peso adequado	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q62c)																																									
c. Prática de atividade física	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q62d)																																									
d. Tomar medicamentos	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q62e)																																									
e. Não fumar	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q62f)																																									
f. Fazer acompanhamento regular	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q63)																																									
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não																																											
a. Infarto	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q63b)																																									
b. Angina	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q63c)																																									
c. Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	(siga Q63d)																																									
d. Outra (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não																																										
<p>Q64. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico da doença do coração?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="text" value=""/></td> <td><input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Anos</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga Q65)</p>			<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano	Anos																																							
<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano																																											
Anos																																												

<p>Q65. O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da doença do coração?</p> <p>a. Dieta <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q65b) c. Toma medicamentos <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q65d)</p> <p>b. Prática de atividade física <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q65c) d. Outro (Especifique: _____) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q66)</p>			
<p>Q66. O(a) sr(a) já fez alguma cirurgia de ponte de safena ou colocação de stent ou angioplastia?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q67)</p>	<p>Q67. Em geral, em que grau a doença do coração 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"/> 3. Moderadamente <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco <input type="checkbox"/> 4. Intensamente</p> <p>(siga Q68)</p>	<p>Q68. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de AVC (Acidente Vascular cerebral) ou derrame?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q68=2, passe ao Q74. Se Q68=1, siga Q69.)</p>	
<p>Q69. Quantos derrames (ou AVC) o(a) sr(a) já teve?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Quantos</p> <p>(siga Q70)</p>	<p>Q70. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico do derrame (ou AVC)?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p>Anos</p> <p>(siga Q71)</p>	<p>Q71. Por causa do derrame (ou AVC), o(a) sr(a) realizou tomografia ou ressonância da cabeça?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q72)</p>	
<p>Q72. O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do derrame (ou AVC)?</p> <p>a. Dieta <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q72b) d. Toma aspirina <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q72e)</p> <p>b. Fisioterapia <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q72c) e. Toma outros medicamentos <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q72f)</p> <p>c. Outras terapias de reabilitação <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q72d) d. Outro (Especifique: _____) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q73)</p>			
<p>Q73. Em geral, em que grau o derrame (ou AVC) 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>(siga Q74)</p>	<p>Q74. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de asma (ou bronquite asmática)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q74=1, siga Q75. Se Q74=2, passe ao Q79.)</p>	<p>Q75. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de asma?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p>Idade</p> <p>(siga Q76)</p>	<p>Q76. Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) teve alguma crise de asma?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q76=1, siga Q77. Se Q76=2, passe ao Q79.)</p>
<p>Q77. O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da asma?</p> <p>a. Usa medicamentos (inaladores, aerossol ou comprimidos) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q77a) b. Outro (Especifique: _____) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q78)</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>(siga Q79)</p>	<p>Q79. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de artrite ou reumatismo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q79=1, siga Q80. Se Q79=2, passe ao Q84.)</p>	<p>Q80. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de artrite ou reumatismo?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p>Anos</p> <p>(siga Q81)</p>	
<p>Q81. O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da artrite ou reumatismo?</p> <p>a. Exercício ou atividade física <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q81b) d. Faz acupuntura <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q81e)</p> <p>b. Fisioterapia <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q81c) e. Outro (Especifique: _____) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q82)</p> <p>c. Usa medicamentos ou injeções <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q81d)</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>(siga Q83)</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>(siga Q84)</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 <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q84=1, siga ao Q85. Se Q84=2, passe ao Q88.)</p>	<p>Q85. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou o problema na coluna?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p>Anos</p> <p>(siga Q86)</p>

<p>Q86. O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do problema na coluna?</p> <p>a. Exercício ou fisioterapia <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q86b) c. Faz acupuntura <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q86d)</p> <p>b. Usa medicamentos ou injeções <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q86c) d. Outro (Especifique: _____) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q87)</p>		
<p>Q87. Em geral, em que grau o problema na coluna 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>(siga Q88)</p>	<p>Q88. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de DORT (distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q88=1, siga Q89. Se Q88=2, passe ao Q92.)</p>	<p>Q89. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de DORT?</p> <p><input type="text"/> Anos <input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p>(siga Q90)</p>
<p>Q90. O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do DORT?</p> <p>a. Exercício ou fisioterapia <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q90b) c. Faz acupuntura <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q90d)</p> <p>b. Usa medicamentos ou injeções <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q90c) d. Outro (Especifique: _____) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q91)</p>		
<p>Q91. Em geral, em que grau o DORT 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>(siga Q92)</p>	<p>Q92. Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de depressão?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q92=1, siga Q93. Se Q92=2, passe ao Q110.)</p>	<p>Q93. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de depressão?</p> <p><input type="text"/> Anos <input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p>(siga Q94)</p>
<p>Q94. O(A) sr(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da depressão?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, só quando tem algum problema</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Nunca vai</p> <p>(Se Q94=1, passe ao Q96. Se Q94=2 ou 3, siga Q95.)</p>	<p>Q95. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa da depressão?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. Não está mais deprimido <input type="checkbox"/> 05. Tem dificuldades financeiras <input type="checkbox"/> 08. Não sabe quem procurar ou aonde ir</p> <p><input type="checkbox"/> 02. O serviço de saúde é muito distante <input type="checkbox"/> 06. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível e com suas atividades de trabalho ou domésticas <input type="checkbox"/> 09. Dificuldade de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Não tem ânimo <input type="checkbox"/> 07. O plano de saúde não cobre as consultas <input type="checkbox"/> 10. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga Q96)</p>	
<p>Q96. Quais tratamentos o(a) sr(a) faz atualmente por causa da depressão?</p> <p>a. Faz psicoterapia <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q96b) c. Outro (Especifique: _____) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>b. Toma medicamentos <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q96c)</p> <p>(Se Q96b = 2, passe ao Q101. Caso contrário, siga Q97.)</p>		
<p>Q97. Algum dos medicamentos para depressão foi coberto por plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns <input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(Se Q97=1, passe ao Q100. Se Q97=2 ou 3, siga Q98.)</p>	<p>Q98. Algum dos medicamentos para depressão foi obtido em serviço público de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns <input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(siga Q100)</p>	
<p>Q100. O(A) sr(a) pagou algum valor pelos medicamentos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q101)</p>	<p>Q101. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) recebeu assistência médica por causa da depressão?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos <input type="checkbox"/> 6. Nunca recebeu</p> <p>(Se Q101=1 ao 5, siga ao Q102. Se Q101=6, passe ao Q109.)</p>	

Q102. Na última vez que recebeu assistência médica para depressão, onde o(a) sr(a) foi atendido?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) | <input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada |
| <input type="checkbox"/> 2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica | <input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato |
| <input type="checkbox"/> 3. UPA (Unidade de Pronto Atendimento) | <input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado |
| <input type="checkbox"/> 04. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial | <input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família. |
| <input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas) | <input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico particular |
| <input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público | <input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório | |

(siga Q103)

Q103. Esse atendimento foi coberto por plano de saúde?

1. Sim
 2. Não

(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 a opção

1. Sim
 2. Não

(siga Q105)

Q105. Esse atendimento foi feito pelo SUS?

1. Sim
 2. Não
 3. Não sabe

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

(Se Q106=1, siga Q107. Se Q106=2 ou 3, passe ao Q109.)

Q107. O(A) sr(a) conseguiu ir a todas as consultas com profissional especialista de saúde mental?

1. Sim
 2. Não

(Se Q107=1, passe ao Q109. Se Q107=2, siga Q108.)

Q108. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter ido a todas as consultas com o profissional especialista de saúde mental?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas a consulta ainda não foi realizada | <input type="checkbox"/> 07. Estava com dificuldades financeiras |
| <input type="checkbox"/> 02. Não conseguiu marcar | <input type="checkbox"/> 08. Teve dificuldades de transporte |
| <input type="checkbox"/> 03. Não achou necessário | <input type="checkbox"/> 09. O plano de saúde não cobria a consulta |
| <input type="checkbox"/> 04. Não teve ânimo | <input type="checkbox"/> 10. O serviço de saúde era muito distante |
| <input type="checkbox"/> 05. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande | <input type="checkbox"/> 11. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas |
| <input type="checkbox"/> 06. Não sabia quem procurar ou aonde ir | <input type="checkbox"/> 12. Outro (Especifique: _____) |

(siga Q109)

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

- | | |
|---|--|
| <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 Q110)

Q110. Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de outra doença mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo)?

1. Sim 2. Não

(Se Q110=2, passe ao Q116. Caso contrário, siga para os itens abaixo.)

- | | | | |
|-----------------------|--|--|--|
| a. Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q110b) | c. TOC (Transtorno obsessivo compulsivo) | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q110d) |
| b. Transtorno bipolar | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q110c) | d. Outro (Especifique: _____) | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não |

(Se todas = 2, passe ao Q116. Caso contrário, siga Q111.)

<p>Q111. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de doença mental?</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano Anos (siga Q112)			<p>Q112. O(A) sr(a) visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa dessa doença mental?</p> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não, só quando tenho algum problema (Se Q112=1, passe ao Q114. Se Q112=2 ou 3, siga Q113.)									
<p>Q113. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Não acha necessário</td> <td><input type="checkbox"/> 6. O plano de saúde não cobre as consultas regulares</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. O serviço de saúde é muito distante</td> <td><input type="checkbox"/> 7. Não sabe quem procurar ou aonde ir</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Acha que não vai ser bem recebido no serviço de saúde porque tem uma doença mental</td> <td><input type="checkbox"/> 8. Dificuldade de transporte</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Tem dificuldades financeiras</td> <td><input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas</td> <td></td> </tr> </table> (siga Q114)		<input type="checkbox"/> 1. Não acha necessário	<input type="checkbox"/> 6. O plano de saúde não cobre as consultas regulares	<input type="checkbox"/> 2. O serviço de saúde é muito distante	<input type="checkbox"/> 7. Não sabe quem procurar ou aonde ir	<input type="checkbox"/> 3. Acha que não vai ser bem recebido no serviço de saúde porque tem uma doença mental	<input type="checkbox"/> 8. Dificuldade de transporte	<input type="checkbox"/> 4. Tem dificuldades financeiras	<input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas		
<input type="checkbox"/> 1. Não acha necessário	<input type="checkbox"/> 6. O plano de saúde não cobre as consultas regulares											
<input type="checkbox"/> 2. O serviço de saúde é muito distante	<input type="checkbox"/> 7. Não sabe quem procurar ou aonde ir											
<input type="checkbox"/> 3. Acha que não vai ser bem recebido no serviço de saúde porque tem uma doença mental	<input type="checkbox"/> 8. Dificuldade de transporte											
<input type="checkbox"/> 4. Tem dificuldades financeiras	<input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: _____)											
<input type="checkbox"/> 5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas												
<p>Q114. Quais tratamentos o(a) sr(a) faz atualmente por causa da doença mental?</p> a. Faz psicoterapia <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q114b) c. Outro (Especifique: _____) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não b. Usa medicamentos ou injeções <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q114c)												
<p>Q115. Em geral, em que grau essa doença mental limita as suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.</i>)?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Não limita</td> <td><input type="checkbox"/> 4. Intensamente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Um pouco</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Moderadamente</td> <td></td> </tr> </table> (siga Q116)		<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						
<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												
<p>Q116. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma doença no pulmão, tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)?</p> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (Se Q116= 2, passe ao Q120. Caso contrário, siga para os itens abaixo.) a. Enfisema pulmonar <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q116b) c. Outra (Especifique: _____) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não b. Bronquite crônica <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q116c)												
<p>Q117. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico da doença no pulmão?</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano Anos (siga Q118)												
<p>Q118. O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da doença no pulmão?</p> a. Usa medicamentos (inaladores, aerossol ou comprimidos) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q118b) c. Fisioterapia respiratória <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q118d) b. Usa oxigênio <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q118c) d. Outro (Especifique: _____) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não												
<p>Q119. Em geral, em que grau a doença do pulmão limita as suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.</i>)?</p> <input type="checkbox"/> 1. Não limita <input type="checkbox"/> 2. Um pouco <input type="checkbox"/> 3. Moderadamente <input type="checkbox"/> 4. Intensamente <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente (siga Q120)	<p>Q120. Algum médico já lhe deu algum diagnóstico de câncer?</p> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (Se Q120=1, siga Q121. Se Q120=2, passe ao Q124.)	<p>Q121. No primeiro diagnóstico de câncer, que tipo de câncer o(a) sr(a) tem ou teve?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Pulmão</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Próstata (<i>só para homens</i>)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Intestino</td> <td><input type="checkbox"/> 7. Pele</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Estômago</td> <td><input type="checkbox"/> 8. Outro (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Mama (<i>só para mulheres</i>)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. Colo de útero (<i>só para mulheres</i>)</td> <td></td> </tr> </table> (siga Q122)	<input type="checkbox"/> 1. Pulmão	<input type="checkbox"/> 6. Próstata (<i>só para homens</i>)	<input type="checkbox"/> 2. Intestino	<input type="checkbox"/> 7. Pele	<input type="checkbox"/> 3. Estômago	<input type="checkbox"/> 8. Outro (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 4. Mama (<i>só para mulheres</i>)		<input type="checkbox"/> 5. Colo de útero (<i>só para mulheres</i>)	
<input type="checkbox"/> 1. Pulmão	<input type="checkbox"/> 6. Próstata (<i>só para homens</i>)											
<input type="checkbox"/> 2. Intestino	<input type="checkbox"/> 7. Pele											
<input type="checkbox"/> 3. Estômago	<input type="checkbox"/> 8. Outro (Especifique: _____)											
<input type="checkbox"/> 4. Mama (<i>só para mulheres</i>)												
<input type="checkbox"/> 5. Colo de útero (<i>só para mulheres</i>)												

<p>Q122. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de câncer?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p>Anos</p> <p>(siga Q123)</p>	<p>Q123. Em geral, em que grau o câncer ou algum problema provocado pelo câncer limita as suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.</i>)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não limita</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Moderadamente</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</p> <p>(siga Q124)</p>	<p>Q124. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de insuficiência renal crônica?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q124=1, siga Q125. Se Q124=2, passe ao Q128.)</p>	<p>Q125. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de insuficiência renal crônica?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p>Anos</p> <p>(siga Q126)</p>
<p>Q126. O que o(a) sr(a) faz ou fez por causa da insuficiência renal crônica?</p> <p>a. Toma medicamentos <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q126b)</p> <p>b. Hemodiálise <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q126c)</p> <p>c. Diálise peritoneal <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q126d)</p> <p>d. Fez transplante de rim <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q126e)</p> <p>e. Outro (Especifique: _____) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q127)</p>			
<p>Q127. Em geral, em que grau a insuficiência renal crônica limita as suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.</i>)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não limita</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Moderadamente</p> <p>(siga Q128)</p>	<p>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)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q128=1, siga Q129. Se Q128=2, passe ao Q132.)</p>	<p>Q129. O(A) sr(a) pode me dizer qual ? (<i>No caso de mais de uma, escolha a principal</i>)</p> <p>_____</p> <p>(siga Q130)</p>	
<p>Q130. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p>Anos</p> <p>(siga Q131)</p>	<p>Q131. Em geral, em que grau esta doença limita suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.</i>)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não limita</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Moderadamente</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</p> <p>(siga Q132)</p>	<p>Q132. Nas últimas duas semanas, o(a) sr(a) fez uso de algum medicamento para dormir?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q132=1, siga Q133. Se Q132=2 e homem com 40 anos ou mais, passe ao Q136. Se Q132=2 e homem com menos de 40 anos, passe ao módulo U. Se Q132=2 e mulher, passe ao módulo R.)</p>	<p>Q133. Nas últimas duas semanas, por quantos dias usou o medicamento para dormir?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Dias</p> <p>(siga Q134)</p>
<p>Q134. O medicamento que o(a) sr(a) usa para dormir foi receitado por médico?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q134=1, siga Q135. Se Q134=2 e homem com 40 anos ou mais, passe ao Q136. Se Q134=2 e homem com menos de 40 anos, passe ao módulo U. Se Q134=2 e mulher, passe ao módulo R.)</p>	<p>Q135. Foi receitado para o(a) sr(a) mesmo(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, foi receitado por médico para outra pessoa</p> <p>(Se homem com 40 anos ou mais de idade, siga Q136. Se Homem com menos de 40 anos, passe ao módulo U. Se mulher, passe ao módulo R.)</p>	<p>Q136. Quando foi a última vez que o sr fez um exame físico/toque retal da próstata?</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 <input type="checkbox"/> 5. Nunca fez</p> <p><input type="checkbox"/> 3. De 2 anos a menos de 3 anos</p> <p>(Se Q136= 1 a 4, passe ao módulo U. Se Q136=5, siga Q137.)</p>	
<p>Q137. Qual o principal motivo do sr nunca ter feito o exame?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. Não acha necessário</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Tem vergonha</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Nunca foi orientado para fazer o exame</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Não sabe quem procurar ou aonde ir</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Tem dificuldades financeiras</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Tem dificuldades de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 07. Teve dificuldades para marcar consulta</p> <p><input type="checkbox"/> 08. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande</p> <p><input type="checkbox"/> 09. O serviço de saúde é muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 10. O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades de trabalho ou habituais</p> <p><input type="checkbox"/> 11. O plano de saúde não cobre a consulta</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Está marcado, mas ainda não realizou</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(Se homem, passe ao Módulo U.) (Se mulher ir para Módulo R.)</p>			

Módulo R. Saúde da Mulher (mulheres de 18 anos e mais de idade)

Neste módulo, vamos fazer perguntas sobre a sua saúde, exames preventivos, história reprodutiva e planejamento familiar.

<p>R1. Quando foi a última vez que a sra fez um exame preventivo para câncer de colo do útero?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 ano atrás <input type="checkbox"/> 2. De 1 ano a menos de 2 anos <input type="checkbox"/> 3. De 2 anos a menos de 3 anos <input type="checkbox"/> 3 anos ou mais atrás <input type="checkbox"/> 5. Nunca fez</p> <p>(Se R1 = 1 ao 4, passe ao R3. Se R1 = 5, siga R2.)</p>		
<p>R2. Qual o principal motivo da sra nunca ter feito um exame preventivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. Nunca teve relações sexuais <input type="checkbox"/> 06. Tem dificuldades financeiras <input type="checkbox"/> 11. O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Não acha necessário <input type="checkbox"/> 07. Tem dificuldades de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Tem vergonha <input type="checkbox"/> 08. Teve dificuldades para marcar consulta <input type="checkbox"/> 12. O plano de saúde não cobre a consulta</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Nunca foi orientada para fazer o exame <input type="checkbox"/> 09. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande <input type="checkbox"/> 13. Está marcado, mas ainda não realizou</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Não sabe quem procurar ou aonde ir <input type="checkbox"/> 10. O serviço de saúde é muito distante <input type="checkbox"/> 14. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(passe ao R10)</p>		
<p>R3. O último exame preventivo para câncer do colo do útero foi coberto por algum plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga R4)</p>	<p>R4. A sra pagou algum valor pelo último exame preventivo para câncer do colo do útero?</p> <p><i>(Entrevistador: Se a entrevistada responder que pagou, mas teve reembolso, marque a opção 2)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga R5)</p>	<p>R5. O último exame preventivo para câncer do colo do útero foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga R6)</p>
<p>R6. Quando a sra recebeu o resultado do último exame preventivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 mês depois <input type="checkbox"/> 5. Ainda não recebi</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 1 mês e menos de 3 meses depois <input type="checkbox"/> 6. Nunca recebi</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 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>(Se R6 = 1 ao 4, siga R7. Se R6 = 5, 6 ou 7, passe ao R10.)</p>	<p>R7. Após receber o resultado do exame, a sra foi encaminhada a alguma consulta com ginecologista ou outro médico especialista?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não houve encaminhamento, pois todas as minhas consultas por este motivo foram com médico especialista</p> <p>(Se R7 = 1, siga R8. Se R7 = 2 ou 3, passe ao R10.)</p>	<p>R8. A sra foi à consulta?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se R8 = 2, siga R9. Se R8 = 1, passe ao R10.)</p>
<p>R9. Qual o principal motivo da sra não ter ido à consulta?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas ainda não foi à consulta <input type="checkbox"/> 05. Teve dificuldades de transporte <input type="checkbox"/> 09. O serviço de saúde era muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Não achou necessário <input type="checkbox"/> 06. Não conseguiu marcar <input type="checkbox"/> 10. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Não sabia quem procurar ou aonde ir <input type="checkbox"/> 07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande <input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Estava com dificuldades financeiras <input type="checkbox"/> 08. O plano de saúde não cobria a consulta</p> <p>(siga R10)</p>		
<p>R10. A sra já foi submetida a cirurgia para retirada do útero?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se R10=1, siga R11. Se R10=2, passe ao R13.)</p>	<p>R11. Segundo o médico, qual o motivo da retirada do útero?</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 (Especifique: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Câncer ginecológico</p> <p>(siga R12)</p>	<p>R12. Que idade a sra tinha quando foi submetida à cirurgia?</p> <p><input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Anos</p> <p>(siga R13)</p>
<p>R13. Quando foi a última vez que um médico ou enfermeiro fez o exame clínico das suas mamas?</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>(siga R14)</p>	<p>R14. Algum médico já lhe solicitou um exame de mamografia?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se R14=1, siga R15. Se R14=2, passe ao R25.)</p>	<p>R15. A sra fez o exame de mamografia?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se R15=1, passe ao R17. Se R15=2, siga R16.)</p>

R16. Qual o principal motivo da sra não ter feito o exame de mamografia?

01. O exame está marcado, mas ainda não fez o exame

02. Não achou necessário

03. Não sabia onde realizar o exame

04. Não conseguiu marcar

05. Estava com dificuldades financeiras

06. Teve dificuldades de transporte

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

08. O serviço de saúde era muito distante

09. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as suas atividades de trabalho ou domésticas

10. O plano de saúde não cobria a mamografia

11. Outro (Especifique: _____)

(passe ao R25)

R17. Quando foi a última vez que a sra fez um exame de mamografia?

1. Menos de 1 ano atrás

2. De 1 ano a menos de 2 anos

3. De 2 anos a menos de 3 anos

4. 3 anos ou mais atrás

(siga R18)

R18. A última mamografia foi coberta por algum plano de saúde?

1. Sim

2. Não

(siga R19)

R19. A sra pagou algum valor pela última mamografia?

(Entrevistador: Se a entrevistada responder que pagou, mas teve reembolso, marque a opção 2)

1. Sim

2. Não

(siga R20)

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

1. Sim

2. Não

3. Não sabe

(siga R21)

R21. Quando a sra recebeu o resultado do exame de mamografia?

1. Menos de 1 mês depois

2. Entre 1 mês e menos de 3 meses depois

3. Entre 3 meses e menos de 6 meses depois

4. 6 meses ou mais depois

5. Nunca recebi

6. Nunca fui buscar

(Se R21=1 a 4, siga R22. Se R21=5 ou 6, passe ao R25.)

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

1. Sim

2. Não

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

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

R23. A sra foi à consulta com o especialista?

1. Sim

2. Não

(Se R23=1, passe ao R25. Se R23=2, siga R24.)

R24. Qual o principal motivo da sra não ter ido à consulta com o especialista?

01. A consulta está marcada, mas ainda não foi à consulta

02. Não conseguiu marcar

03. Não achou necessário

04. Não sabia quem procurar ou aonde ir

05. Estava com dificuldades financeiras

06. Teve dificuldades de transporte

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

08. O plano de saúde não cobria a consulta

09. O serviço de saúde era muito distante

10. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas

11. Outro (Especifique: _____)

(siga ao R25)

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

R25. Com que idade a sra ficou menstruada pela primeira vez?

Não sabe

Anos

(Se R10=1, passe ao R39. Se R10=2, siga R26.)

R26. A sra ainda fica menstruada?

1. Sim

2. Não

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

R27. Com que idade a sra parou de menstruar?

0. Não sabe

Anos

(siga R28)

R28. A sra já entrou na menopausa?

1. Sim

2. Não

3. Não sei

(Se R28=1, siga R29. Se R28=2 ou 3, passe ao R39.)

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

1. Sim, faz atualmente

2. Sim, já fez mas não faz mais

3. Não, nunca fez

(Se R29=1 ou 2, siga R30. Se R29=3, passe ao R39.)

R30. Este medicamento foi receitado por médico?

1. Sim

2. Não

(passe ao R39)

Agora vou lhe fazer perguntas sobre planejamento familiar e contracepção.

R31. Nos últimos 12 meses, a sra teve relações sexuais?

1. Sim

2. Não

(Se R31=1, siga R32. Se R31=2, passe ao R39.)

R32. Nos últimos 12 meses, a sra participou de grupo de planejamento familiar?

1. Sim

2. Não

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

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

1. Sim

2. Não

(siga R34)

R34. A sra usa algum método para evitar a gravidez atualmente?

1. Sim

2. Não

(Se R34=2, siga R35. Se R34=1, passe ao R36.)

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

<input type="checkbox"/> 1. Quer engravidar ou não se incomoda de engravidar	<input type="checkbox"/> 4. Não sabe aonde ir ou quem procurar para lhe dar orientações	<input type="checkbox"/> 7. O companheiro fez vasectomia
<input type="checkbox"/> 2. Por motivos religiosos	<input type="checkbox"/> 5. Está grávida	<input type="checkbox"/> 8. Não tem relações sexuais com homens
<input type="checkbox"/> 3. Não sabe como evitar	<input type="checkbox"/> 6. Ligou as trompas	<input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: _____)

(passe ao R37)

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

a. Pílula	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R36b)	g. Contraceptivo Injetável	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R36h)
b. Tabela	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R36c)	h. Implantes (Norplant)	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R36i)
c. Camisinha masculina	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R36d)	i. Creme/óvulo	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R36j)
d. Camisinha feminina	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R36e)	j. Pílula do dia seguinte (Contraceção de emergência)	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R36k)
e. Diafragma	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R36f)	k. Outro (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R37)
f. DIU	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R36g)		

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

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

(Se R37=1, siga R38. Se R37=2 ou 3, passe ao R39.)

R38. Há quanto tempo a sra está tentando engravidar?

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

(siga R39)

Agora vou lhe fazer perguntas sobre história reprodutiva.
 (Se mulher e C8 ≥ 50 ou mais → passe ao Módulo U. Se mulher e C8 < 50, siga R39).

<p>R39. Durante a sua vida, a sra já ficou grávida (mesmo que a gravidez não tenha chegado até o final)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se R39=1, siga R40. Se R39=2, passe ao módulo U.)</p>	<p>R40. Com que idade a sra teve a sua primeira gravidez?</p> <p><input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 0. Não sabe</p> <p style="text-align: center;">Anos</p> <p style="text-align: center;">(siga R41)</p>	<p>R41. A sra já teve algum aborto espontâneo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Quantos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga R42)</p>	<p>R42. A sra já teve algum aborto provocado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Quantos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga R43)</p>
<p>R43. Quantos partos a sra já teve?</p> <p><input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 0. Nenhum</p> <p style="text-align: center;">Quantos</p> <p style="text-align: center;">(Se R43 = 00, passe ao Módulo U. Caso contrário, siga R44.)</p>	<p>R44. Quantos partos foram cesarianas?</p> <p><input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 0. Nenhum</p> <p style="text-align: center;">Quantos</p> <p style="text-align: center;">(siga R45)</p>	<p>R45. Quantos filhos nasceram vivos (ou seja, que apresentaram algum sinal de vida ao nascer)?</p> <p><input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> Filhos vivos</p> <p style="text-align: center;">(siga R46)</p>	<p>R46. Destes filhos nascidos vivos, quantos já morreram?</p> <p><input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 0. Nenhum</p> <p style="text-align: center;">Quantos</p> <p style="text-align: center;">(siga R47)</p>
<p>R47. Destes filhos nascidos vivos, quantos nasceram com peso menor que dois quilos e meio?</p> <p><input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 0. Nenhum</p> <p style="text-align: center;">Quantos</p> <p style="text-align: center;">(siga R48)</p>	<p>R48. Destes filhos nascidos vivos, quantos nasceram antes do tempo, isto é antes de completar 9 meses de gestação?</p> <p><input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 0. Nenhum</p> <p style="text-align: center;">Quantos</p> <p style="text-align: center;">(siga R49)</p>	<p>R49. Em que data foi o último parto?</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 60px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Dia Mês Ano</p> <p>Se posterior a ___/___/___ ir para o Módulo S. Se anterior a ___/___/___ ir para o Módulo U. (Encerre o módulo)</p>	


Módulo S. Atendimento Pré-natal

Agora vou lhe fazer perguntas sobre o atendimento pré-natal.

Entrevistador: As questões deste módulo são dirigidas às mulheres que tiveram algum parto no período de 28/07/2011 a 27/07/2013. Considerar o último parto.

<p>S1. Na última vez que a sra esteve grávida, a sra fez pré-natal?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se S1=2, passe ao S44.)</p>	<p>S2. Na última vez que a sra esteve grávida a sra recebeu o cartão de pré-natal?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga S3)</p>	<p>S3. Com quantas semanas de gravidez a sra iniciou o pré-natal?</p> <p><input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Semanas</p> <p style="text-align: center;">(siga S4)</p>	<p>S4. Quantas consultas de pré-natal a sra teve?</p> <p><input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Consultas</p> <p style="text-align: center;">(siga S5)</p>
---	---	---	---

<p>S5. Onde foi realizada a maioria das consultas do pré-natal?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Hospital público/ambulatório</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Consultório particular ou clínica privada</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga S6)</p>			
<p>S6. As consultas do pré-natal foram cobertas por algum plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todas</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, algumas</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhuma</p> <p>(siga S7)</p>	<p>S7. A sra pagou algum valor pelas consultas do pré-natal?</p> <p><i>(Entrevistador: Se a entrevistada responder que pagou, mas teve reembolso, marque opção 2)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S8)</p>	<p>S8. As consultas do pré-natal foram feitas através do Sistema Único de Saúde (SUS)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todas</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, algumas</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não sabe</p> <p>(siga S9)</p>	<p>S9. Quem a atendeu na maioria das consultas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Médico</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Enfermeira</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Técnico ou auxiliar de enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Parteira</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga S10)</p>
<p>S10. Durante as consultas de pré-natal, a sra recebeu algum dos seguintes aconselhamentos?</p> <p>a. Não faltar às consultas agendadas <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S10b)</p> <p>b. Manter uma alimentação saudável <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S10c)</p> <p>c. Não fumar <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S10d)</p> <p>d. Não beber <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S10e)</p> <p>e. Não fazer uso de tintura/alisamento de cabelo <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S11)</p>			
<p>S11. Durante as consultas de pré-natal, a sra recebeu alguma destas orientações?</p> <p>a. Sobre sinais de trabalho de parto <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S11b)</p> <p>b. Sobre sinais de risco na gravidez <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S11c)</p> <p>c. Sobre aleitamento materno <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S12)</p>	<p>S12. Durante o pré-natal a sra foi informada sobre a qual serviço de saúde a sra deveria ir no momento do parto?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S13)</p>	<p>S13. Mediram a sua altura na primeira consulta de pré-natal?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S14)</p>	
<p>S14. Durante o pré-natal, em quantas consultas:</p> <p>a. Mediram sua pressão arterial? <input type="checkbox"/> 1. Todas <input type="checkbox"/> 2. Algumas <input type="checkbox"/> 3. Nenhuma (siga S14b)</p> <p>b. Mediram o seu peso? <input type="checkbox"/> 1. Todas <input type="checkbox"/> 2. Algumas <input type="checkbox"/> 3. Nenhuma (siga S14c)</p> <p>c. Mediram a sua barriga? (fundo de útero) <input type="checkbox"/> 1. Todas <input type="checkbox"/> 2. Algumas <input type="checkbox"/> 3. Nenhuma (siga S14d)</p> <p>d. Ouviram o coração do bebê? <input type="checkbox"/> 1. Todas <input type="checkbox"/> 2. Algumas <input type="checkbox"/> 3. Nenhuma (siga S14e)</p> <p>e. Examinaram suas mamas? <input type="checkbox"/> 1. Todas <input type="checkbox"/> 2. Algumas <input type="checkbox"/> 3. Nenhuma (siga S15)</p>			
<p>S15. Em alguma consulta do pré-natal o médico ou enfermeiro falou que sua pressão estava alta?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se S15=2, passe ao S20.)</p>	<p>S16. O médico ou enfermeiro explicou sobre os riscos da pressão alta para a sra e para o bebê?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S17)</p>	<p>S17. A sra foi encaminhada para consulta com médico especialista por causa da pressão alta?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se S17=2, passe ao S20.)</p>	<p>S18. A sra foi à consulta com o médico especialista?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se S18=1, passe ao S20.)</p>
<p>S19. Qual o principal motivo da sra não ter ido à consulta com o especialista?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. Não conseguiu marcar <input type="checkbox"/> 05. O plano de saúde não cobria a consulta <input type="checkbox"/> 09. Não havia especialista no serviço de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Não achou necessário <input type="checkbox"/> 06. O serviço de saúde era muito distante <input type="checkbox"/> 10. Dificuldade de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Não sabia quem procurar ou aonde ir <input type="checkbox"/> 07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande <input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Estava com dificuldades financeiras <input type="checkbox"/> 08. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas</p> <p>(siga S20)</p>			
<p>S20. Durante o pré-natal, a sra fez exame de sangue?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se S20=2, passe ao S33.)</p>	<p>S21. Em alguma consulta do pré-natal o médico ou enfermeiro falou que seu exame de sangue mostrou açúcar alto (presença de diabetes)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se S21=2, passe ao S27.)</p>	<p>S22. O médico ou enfermeiro explicou os riscos do açúcar alto no sangue para a sra e seu bebê?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S23)</p>	<p>S23. Explicaram sobre a alimentação que a sra deveria ter para ajudar a controlar o açúcar no sangue?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S24)</p>

<p>S24. A sra foi encaminhada para consulta com médico especialista por causa do diabetes?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(S24=2, passe ao S27.)</p>		<p>S25. A sra foi à consulta com o médico especialista?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se S25=1, passe ao S27.)</p>	
<p>S26. Qual o principal motivo da sra não ter ido à consulta com o médico especialista?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas ainda não foi à consulta <input type="checkbox"/> 05. Estava com dificuldades financeiras <input type="checkbox"/> 09. O serviço de saúde era muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Não conseguiu marcar <input type="checkbox"/> 06. Teve dificuldades de transporte <input type="checkbox"/> 10. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Não achou necessário <input type="checkbox"/> 07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande <input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Não sabia quem procurar ou aonde ir <input type="checkbox"/> 08. O plano de saúde não cobria a consulta</p> <p>(siga S27)</p>			
<p>S27. Durante o atendimento pré-natal a sra realizou exame de sangue para sífilis?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(Se S27=2 ou 3, passe ao S33.)</p>	<p>S28. A sra recebeu o resultado do exame para sífilis antes do parto?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, foi negativo</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, foi positivo</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não recebeu o resultado/ Não foi informada antes do parto</p> <p>(Se S28=1 ou 3, passe ao S33.)</p>	<p>S29. A sra recebeu tratamento para sífilis?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, antes do parto</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, depois do parto</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não</p> <p>(siga S30)</p>	<p>S30. A sra foi orientada a usar preservativo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S31)</p>
<p>S31. Foi pedido exame de sífilis para o seu parceiro?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S32)</p>	<p>S32. O seu parceiro foi tratado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S33)</p>	<p>S33. Durante seu pré-natal, foi solicitado o teste para HIV?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(Se S33 = 2 ou 3, passe ao S35.)</p>	<p>S34. A sra fez o teste de HIV?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, pois já sabia que estava infectada pelo HIV</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não concordei em ser testada</p> <p>(siga S35)</p>
<p>S35. Durante o atendimento pré-natal a sra realizou exame de urina?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S36)</p>	<p>S36. Durante o pré-natal, quantos exames de ultrassonografia foram solicitados?</p> <p> <input type="checkbox"/> 0. Nenhum</p> <p>Exames</p> <p>(Se S36 = 00, passe ao S42. Caso contrário, siga S37.)</p>	<p>S37. A sra conseguiu realizar os exames de ultrassonografia solicitados?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns <input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(Se S37=1, passe ao S39)</p>	
<p>S38. Qual o principal motivo da sra não ter conseguido fazer todos os exames de ultras-sonografia solicitados?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. Não conseguiu marcar <input type="checkbox"/> 06. O serviço de saúde era muito distante <input type="checkbox"/> 10. Não havia equipamento disponível no serviço de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Não achou necessário <input type="checkbox"/> 07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande <input type="checkbox"/> 11. O plano de saúde não cobria todos os exames</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Não sabia quem procurar ou aonde ir <input type="checkbox"/> 08. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas <input type="checkbox"/> 12. Outro (Especifique: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Estava com dificuldades financeiras <input type="checkbox"/> 09. Não havia especialista no serviço de saúde para fazer o exame</p> <p>(Se S37 = 3, passe ao S42. Caso contrário, siga S39.)</p>			
<p>S39. Os exames de ultrassonografia foram cobertos por algum plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(siga S40)</p>	<p>S40. A sra pagou algum valor pelos exames de ultrassonografia?</p> <p><i>(Entrevistador: Se a entrevistada responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S41)</p>	<p>S41. Os exames de ultrassonografia foram feitos através do Sistema Único de Saúde (SUS)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não sabe</p> <p>(siga S42)</p>	<p>S42. Quanto tempo antes do parto foi a sua última consulta de pré-natal?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de 7 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De 7 a 14 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. De 15 a 30 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mais de 30 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não sabe, não lembra</p> <p>(siga S43)</p>

<p>S43. Com quantas semanas de gravidez a sra estava na última consulta de pré-natal?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Semanas</p> <p>(siga S44)</p>	<p>S44. Qual o seu peso antes de engravidar?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Quilograma</p> <p>0. Não sabe</p> <p>(siga S45)</p>	<p>S45. Quantos quilos a sra engordou na gestação?)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Quilograma</p> <p>0. Não sabe</p> <p>888. Não engordou</p> <p>(siga S46)</p>
--	--	--

Agora, vamos lhe fazer perguntas sobre a assistência ao último parto.

<p>S46. Quem a atendeu no último parto?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Médico</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Enfermeira</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Parteira</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Auxiliar de enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Estudantes de enfermagem ou medicina</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Outra pessoa (parente, amigo, vizinho) sem treinamento</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Ninguém</p> <p>(siga S47)</p>	<p>S47. Onde foi realizado o seu último parto?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Hospital ou maternidade</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Casa de parto</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Outro tipo de serviço de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Em casa</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(Se S47=1 a 3, siga S48. Se S47=4 ou 5, passe ao S56.)</p>		
<p>S48. O parto foi realizado no estabelecimento de saúde indicado no pré-natal?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não houve indicação</p> <p>(siga S49)</p>	<p>S49. O parto foi realizado no primeiro estabelecimento de saúde que procurou?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se S49=1, passe ao S51.)</p>	<p>S50. Quantos estabelecimentos de saúde a sra teve que ir até conseguir a internação para o parto?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Estabelecimentos</p> <p>(siga S51)</p>	<p>S51. O parto foi coberto por algum plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S52)</p>
<p>S52. A sra pagou algum valor pelo parto?</p> <p>Entrevistador: Se a entrevistada responder que pagou, mais teve reembolso total, marque a opção 2</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S53)</p>	<p>S53. O parto foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga S54)</p>	<p>S54. O seu companheiro ou alguma pessoa da família, ou amiga ficou com a sra durante o trabalho de parto?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se S54=1, passe ao S56.)</p>	<p>S55. Por que a sra não teve acompanhante durante o trabalho de parto?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não sabia que podia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não quis</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não deixaram</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tinha quem a acompanhasse</p> <p>(siga S56)</p>
<p>S56. O seu parto foi:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Vaginal</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Cesáreo</p> <p>(Se S56=1, passe ao S59.)</p>	<p>S57. A cesariana foi marcada com antecedência, durante o pré-natal?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga S58)</p>		
<p>S58. Qual o principal motivo da sra ter tido parto cesáreo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Já tinha um parto cesáreo anterior</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Queria ligar as trompas</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não queria sentir a dor do parto/Por ser mais conveniente</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Por escolha do médico durante o pré-natal</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Indicação médica por complicações na gravidez ou no trabalho de parto</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Indicação médica porque não entrou em trabalho de parto</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga S59)</p>			
<p>S59. Quantas semanas de gravidez a sra tinha no momento do parto?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Semanas</p> <p>0. Não sabe</p> <p>(siga S60)</p>	<p>S60. Qual o peso do bebê ao nascer?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Gramas</p> <p>0. Não sabe</p> <p>(siga S61)</p>		
<p>S61. O bebê nasceu vivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, mas morreu depois</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nasceu morto</p> <p>(Se S61=3, passe ao S64.)</p>	<p>S62. Após o parto, para onde o bebê foi encaminhado(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Alojamento conjunto</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Berçário</p> <p><input type="checkbox"/> 3. UI (Unidade Intermediária)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. UTI (Unidade de Tratamento Intensivo)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Transferido para outro estabelecimento de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(Se S61 = 1, passe ao S64. Caso contrário, siga 63.)</p>		

<p>S63. Com que idade o bebê morreu?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Horas</td> <td>Dias</td> <td>Meses</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga S64)</p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Horas	Dias	Meses	<p>S64. A sra fez consulta de puerpério (consulta com médico ou enfermeiro até 42 dias após o parto)?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1.Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2.Não, apesar de ter recebido orientação para fazer</td> <td><input type="checkbox"/> 3.Não, pois não recebeu orientação para fazer</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Encerre o módulo. Passe ao Módulo U)</p>	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não, apesar de ter recebido orientação para fazer	<input type="checkbox"/> 3.Não, pois não recebeu orientação para fazer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
Horas	Dias	Meses								
<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não, apesar de ter recebido orientação para fazer	<input type="checkbox"/> 3.Não, pois não recebeu orientação para fazer								

Módulo U. Saúde Bucal

Neste módulo, vamos fazer perguntas sobre a saúde bucal (dentes e gengivas) e assistência odontológica.

<p>U1. Com que frequência o(a) sr(a) escova os dentes?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1.Nunca escovei os dentes</td> <td><input type="checkbox"/> 4.2 vezes ou mais por dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2.Não escovo todos os dias</td> <td><input type="checkbox"/> 5.Não se aplica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3.1 vez por dia</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Se U1 = 1 ou 5, passe ao U5.)</p>	<input type="checkbox"/> 1.Nunca escovei os dentes	<input type="checkbox"/> 4.2 vezes ou mais por dia	<input type="checkbox"/> 2.Não escovo todos os dias	<input type="checkbox"/> 5.Não se aplica	<input type="checkbox"/> 3.1 vez por dia		<p>U2. O que o(a) sr(a) usa para fazer a limpeza de sua boca?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>a. Escova de dente?</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não (siga U2b)</td> </tr> <tr> <td>b. Pasta de dente?</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não (siga U2c)</td> </tr> <tr> <td>c. Fio dental?</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não (siga U4)</td> </tr> </table>	a. Escova de dente?	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não (siga U2b)	b. Pasta de dente?	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não (siga U2c)	c. Fio dental?	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não (siga U4)		
<input type="checkbox"/> 1.Nunca escovei os dentes	<input type="checkbox"/> 4.2 vezes ou mais por dia																	
<input type="checkbox"/> 2.Não escovo todos os dias	<input type="checkbox"/> 5.Não se aplica																	
<input type="checkbox"/> 3.1 vez por dia																		
a. Escova de dente?	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não (siga U2b)																
b. Pasta de dente?	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não (siga U2c)																
c. Fio dental?	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não (siga U4)																
<p>U4. Com que frequência o(a) sr(a) troca a sua escova de dente por uma nova?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1.Com menos de 3 meses</td> <td><input type="checkbox"/> 4.Com mais de um ano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2.Entre 3 meses e menos de 6 meses</td> <td><input type="checkbox"/> 5.Nunca trocou</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3.Entre 6 meses e menos de 1 ano</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga U5)</p>	<input type="checkbox"/> 1.Com menos de 3 meses	<input type="checkbox"/> 4.Com mais de um ano	<input type="checkbox"/> 2.Entre 3 meses e menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 5.Nunca trocou	<input type="checkbox"/> 3.Entre 6 meses e menos de 1 ano		<p>U5. Em geral, como o(a) sr(a) avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas)?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1.Muito Boa</td> <td><input type="checkbox"/> 4.Ruim</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2.Boa</td> <td><input type="checkbox"/> 5.Muito ruim</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3.Regular</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga U6)</p>	<input type="checkbox"/> 1.Muito Boa	<input type="checkbox"/> 4.Ruim	<input type="checkbox"/> 2.Boa	<input type="checkbox"/> 5.Muito ruim	<input type="checkbox"/> 3.Regular						
<input type="checkbox"/> 1.Com menos de 3 meses	<input type="checkbox"/> 4.Com mais de um ano																	
<input type="checkbox"/> 2.Entre 3 meses e menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 5.Nunca trocou																	
<input type="checkbox"/> 3.Entre 6 meses e menos de 1 ano																		
<input type="checkbox"/> 1.Muito Boa	<input type="checkbox"/> 4.Ruim																	
<input type="checkbox"/> 2.Boa	<input type="checkbox"/> 5.Muito ruim																	
<input type="checkbox"/> 3.Regular																		
<p>U6. Que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para se alimentar por causa de problemas com seus dentes ou dentadura?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1.Nenhum</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2.Leve</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3.Regular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4.Intenso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5.Muito intenso</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Se J13=1, siga U9. Se J13≠1, passe ao U23.)</p>	<input type="checkbox"/> 1.Nenhum	<input type="checkbox"/> 2.Leve	<input type="checkbox"/> 3.Regular	<input type="checkbox"/> 4.Intenso	<input type="checkbox"/> 5.Muito intenso	<p>U9. Qual o principal motivo da sua última consulta ao dentista?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01.Limpeza, revisão, manutenção ou prevenção</td> <td><input type="checkbox"/> 07.Implante dentário</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 02.Dor de dente</td> <td><input type="checkbox"/> 08.Aparelho nos dentes (ortodôntico)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 03.Extração</td> <td><input type="checkbox"/> 09.Colocação/manutenção de prótese ou dentadura</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 04.Tratamento dentário</td> <td><input type="checkbox"/> 10.Fazer radiografia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 05.Problema na gengiva</td> <td><input type="checkbox"/> 11.Fazer o orçamento do tratamento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 06.Tratamento de ferida na boca</td> <td><input type="checkbox"/> 12.Outro (Especifique: _____)</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga U10)</p>	<input type="checkbox"/> 01.Limpeza, revisão, manutenção ou prevenção	<input type="checkbox"/> 07.Implante dentário	<input type="checkbox"/> 02.Dor de dente	<input type="checkbox"/> 08.Aparelho nos dentes (ortodôntico)	<input type="checkbox"/> 03.Extração	<input type="checkbox"/> 09.Colocação/manutenção de prótese ou dentadura	<input type="checkbox"/> 04.Tratamento dentário	<input type="checkbox"/> 10.Fazer radiografia	<input type="checkbox"/> 05.Problema na gengiva	<input type="checkbox"/> 11.Fazer o orçamento do tratamento	<input type="checkbox"/> 06.Tratamento de ferida na boca	<input type="checkbox"/> 12.Outro (Especifique: _____)
<input type="checkbox"/> 1.Nenhum																		
<input type="checkbox"/> 2.Leve																		
<input type="checkbox"/> 3.Regular																		
<input type="checkbox"/> 4.Intenso																		
<input type="checkbox"/> 5.Muito intenso																		
<input type="checkbox"/> 01.Limpeza, revisão, manutenção ou prevenção	<input type="checkbox"/> 07.Implante dentário																	
<input type="checkbox"/> 02.Dor de dente	<input type="checkbox"/> 08.Aparelho nos dentes (ortodôntico)																	
<input type="checkbox"/> 03.Extração	<input type="checkbox"/> 09.Colocação/manutenção de prótese ou dentadura																	
<input type="checkbox"/> 04.Tratamento dentário	<input type="checkbox"/> 10.Fazer radiografia																	
<input type="checkbox"/> 05.Problema na gengiva	<input type="checkbox"/> 11.Fazer o orçamento do tratamento																	
<input type="checkbox"/> 06.Tratamento de ferida na boca	<input type="checkbox"/> 12.Outro (Especifique: _____)																	
<p>U10. Onde foi a última consulta odontológica?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)</td> <td><input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica</td> <td><input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 03. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)</td> <td><input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 04. CEO – Centro de Especialidades Odontológicas</td> <td><input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)</td> <td><input type="checkbox"/> 11.Outro (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga U11)</p>		<input type="checkbox"/> 01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	<input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório	<input type="checkbox"/> 02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica	<input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada	<input type="checkbox"/> 03. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	<input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato	<input type="checkbox"/> 04. CEO – Centro de Especialidades Odontológicas	<input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado	<input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	<input type="checkbox"/> 11.Outro (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público						
<input type="checkbox"/> 01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	<input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório																	
<input type="checkbox"/> 02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica	<input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada																	
<input type="checkbox"/> 03. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	<input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato																	
<input type="checkbox"/> 04. CEO – Centro de Especialidades Odontológicas	<input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado																	
<input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	<input type="checkbox"/> 11.Outro (Especifique: _____)																	
<input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público																		
<p>U11. O local onde o(a) sr(a) teve atendimento odontológico fica:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Na mesma cidade que o(a) sr(a) mora</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Em outra cidade</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga U14)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Na mesma cidade que o(a) sr(a) mora	<input type="checkbox"/> 2. Em outra cidade	<p>U14. Como o(a) sr(a) conseguiu a consulta odontológica?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta</td> <td><input type="checkbox"/> 4. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) pela Unidade Básica de Saúde</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Agendou a consulta previamente</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Outro (Especifique: _____)</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Se U14 = 1, 3, 4, 5 ou 6, passe ao U17. Se U14=2, siga U15.)</p>	<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 (Especifique: _____)									
<input type="checkbox"/> 1. Na mesma cidade que o(a) sr(a) mora																		
<input type="checkbox"/> 2. Em outra cidade																		
<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 (Especifique: _____)																	
<p>U15. Como foi feito o agendamento?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Deixou agendado em consulta anterior</td> <td><input type="checkbox"/> 4. Agendamento virtual, pela internet</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Por meio de visita à unidade de saúde para marcação de consulta</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Outro (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Por telefone</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga U17.)</p>		<input type="checkbox"/> 1. Deixou agendado em consulta anterior	<input type="checkbox"/> 4. Agendamento virtual, pela internet	<input type="checkbox"/> 2. Por meio de visita à unidade de saúde para marcação de consulta	<input type="checkbox"/> 5. Outro (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 3. Por telefone												
<input type="checkbox"/> 1. Deixou agendado em consulta anterior	<input type="checkbox"/> 4. Agendamento virtual, pela internet																	
<input type="checkbox"/> 2. Por meio de visita à unidade de saúde para marcação de consulta	<input type="checkbox"/> 5. Outro (Especifique: _____)																	
<input type="checkbox"/> 3. Por telefone																		

<p>U17. Qual o tempo total que o(a) sr(a) ficou em fila de espera desde a hora que chegou ao serviço de saúde até conseguir o atendimento com dentista?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> Preencher com as horas e/ou minutos que ficou esperando em fila de espera desde a hora que chegou no serviço de saúde até conseguir o atendimento.</p> <p>Horas Minutos (siga U18)</p>		<p>U18. Quanto tempo durou a consulta odontológica?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> Preencher com as horas e/ou minutos que durou a consulta odontológica.</p> <p>Horas Minutos (siga U19)</p>	
<p>U19. A consulta odontológica foi coberta por algum plano de saúde?</p> <p><i>(Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga U20)</p>	<p>U20. O(A) sr(a) pagou algum valor pela consulta odontológica?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga U21)</p>	<p>U21. A consulta odontológica foi feita pelo SUS?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga U22)</p>	<p>U22. De forma geral, como o(a) sr(a) avalia o atendimento recebido?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Muito bom <input type="checkbox"/> 4. Ruim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Bom <input type="checkbox"/> 5. Muito ruim</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Regular</p> <p>(siga U23)</p>
<p>U23. Lembrando-se dos seus dentes de cima, o(a) sr(a) perdeu algum dente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 3. Sim, perdi todos os dentes de cima</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, perdi <input type="text"/> Dentes</p> <p>(siga U24)</p>		<p>U24. Lembrando-se dos seus dentes de baixo, o(a) sr(a) perdeu algum dente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 3. Sim, perdi todos os dentes de baixo</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, perdi <input type="text"/> Dentes</p>	

Se AMBAS as respostas dos quesitos U23 e U24 forem = 1, passe ao Módulo X. Caso contrário, siga U25.

U25. O(A) sr(a) usa algum tipo de prótese dentária (dente artificial)?

1. Não

2. Sim, para substituir um dente

3. Sim, para substituir mais de um dente

4. Sim, prótese dentária total (dentadura/chapa) em cima

5. Sim, prótese dentária total (dentadura/chapa) em baixo

6. Sim, próteses dentárias totais (dentaduras/chapas) em cima e em baixo

(Encerre o módulo. Passe ao Módulo X.)

Módulo X. Atendimento médico

Neste módulo, vamos fazer perguntas sobre o atendimento médico, acesso ao atendimento e sua avaliação sobre o atendimento recebido no serviço de saúde.

<p>X1. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) consultou um médico?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 2 semanas <input type="checkbox"/> 4. Entre três meses e um ano</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 15 dias e um mês <input type="checkbox"/> 5. Há mais de um ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre um mês e 3 meses atrás</p> <p>(Se X1=5, passe ao X25.)</p>	<p>X2. Por qual motivo o(a) sr(a) precisou consultar um médico?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Acidente ou lesão <input type="checkbox"/> 6. Problema de saúde mental</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Continuação de tratamento ou terapia <input type="checkbox"/> 7. Doença ou outro problema de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Consulta pré-natal <input type="checkbox"/> 8. Outro (Especifique: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Exame médico periódico</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outro exame médico (admissional, para carteira de motorista, etc.)</p> <p>(siga X3)</p>	
<p>X3. Onde procurou o primeiro atendimento médico por este motivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica</p> <p><input type="checkbox"/> 03. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial</p> <p><input type="checkbox"/> 04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público</p> <p><input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório</p> <p><input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada</p> <p><input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado</p> <p><input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular</p> <p><input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: _____)</p> <p>(siga X4)</p>		
<p>X4. Na primeira vez que procurou atendimento médico por este motivo, o(a) sr(a) conseguiu ser atendido?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se X4 = 2, siga X5.) (Se X4 = 1 e X3 ≠ 11 ou 12, passe ao X8.) (Se X4 = 1 e X3 = 11 ou 12, passe ao X15.)</p>	<p>X5. Quantas vezes voltou a procurar atendimento médico por este motivo?</p> <p><input type="text"/> Vezes <input type="checkbox"/> 0. Nenhuma, desistiu</p> <p>(Se X5 = 00, passe ao X24. Caso contrário, siga X6.)</p>	<p>X6. O(A) sr(a) conseguiu o atendimento médico que precisava?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 3. Não, desistiu</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, mas continua tentando</p> <p>(Se X6=1, siga X7.) (Se X6=2, passe ao X25. Se X6=3, passe ao X24.)</p>

<p>X7. Onde conseguiu o atendimento médico por este motivo?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)</td> <td><input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica</td> <td><input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 03. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)</td> <td><input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 04. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial</td> <td><input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)</td> <td><input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público</td> <td><input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>(Se X7 = 01 ao 11 ou 13, siga X8. Se X7 = 11 ou 12, passe ao X15.)</p>				<input type="checkbox"/> 01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	<input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada	<input type="checkbox"/> 02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica	<input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato	<input type="checkbox"/> 03. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	<input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado	<input type="checkbox"/> 04. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial	<input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular	<input type="checkbox"/> 05. 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"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	<input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório	_____		
<input type="checkbox"/> 01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	<input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada																		
<input type="checkbox"/> 02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica	<input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato																		
<input type="checkbox"/> 03. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	<input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado																		
<input type="checkbox"/> 04. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial	<input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular																		
<input type="checkbox"/> 05. 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"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	<input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: _____)																		
<input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório	_____																		
<p>X8. Onde fica o serviço de saúde em que o(a) sr(a) teve a consulta médica?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Na mesma cidade que o(a) sr(a) mora</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Em outra cidade</td> </tr> </table> <p>(siga X11)</p>		<input type="checkbox"/> 1. Na mesma cidade que o(a) sr(a) mora	<input type="checkbox"/> 2. Em outra cidade	<p>X11. Como o(a) sr(a) conseguiu a consulta médica?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Agendou a consulta previamente</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Exame periódico pago ou encaminhado pelo empregador</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família</td> <td><input type="checkbox"/> 7. Atendimento de emergência</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por Unidade Básica de Saúde</td> <td><input type="checkbox"/> 8. Outro (Especifique: _____)</td> </tr> </table> <p>(Se X11=2 ou 8, siga X12. Se X11=1, 3, 4, 5, 6 ou 7, passe ao X14.)</p>		<input type="checkbox"/> 1. Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta	<input type="checkbox"/> 5. Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde	<input type="checkbox"/> 2. Agendou a consulta previamente	<input type="checkbox"/> 6. Exame periódico pago ou encaminhado pelo empregador	<input type="checkbox"/> 3. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família	<input type="checkbox"/> 7. Atendimento de emergência	<input type="checkbox"/> 4. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por Unidade Básica de Saúde	<input type="checkbox"/> 8. Outro (Especifique: _____)						
<input type="checkbox"/> 1. Na mesma cidade que o(a) sr(a) mora	<input type="checkbox"/> 2. Em outra cidade																		
<input type="checkbox"/> 1. Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta	<input type="checkbox"/> 5. Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde																		
<input type="checkbox"/> 2. Agendou a consulta previamente	<input type="checkbox"/> 6. Exame periódico pago ou encaminhado pelo empregador																		
<input type="checkbox"/> 3. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família	<input type="checkbox"/> 7. Atendimento de emergência																		
<input type="checkbox"/> 4. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por Unidade Básica de Saúde	<input type="checkbox"/> 8. Outro (Especifique: _____)																		
<p>X12. Como foi feito o agendamento?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Deixou agendado em consulta anterior</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Por meio de visita à unidade de saúde para marcação de consulta</td> <td><input type="checkbox"/> 3. Por telefone</td> <td><input type="checkbox"/> 4. Agendamento virtual, pela internet</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Outra forma (Especifique: _____)</td> </tr> </table> <p>(siga X14)</p>		<input type="checkbox"/> 1. Deixou agendado em consulta anterior	<input type="checkbox"/> 2. Por meio de visita à unidade de saúde para marcação de consulta	<input type="checkbox"/> 3. Por telefone	<input type="checkbox"/> 4. Agendamento virtual, pela internet	<input type="checkbox"/> 5. Outra forma (Especifique: _____)	<p>X14. Qual o tempo total que o(a) sr(a) ficou em fila de espera desde a hora que chegou ao serviço de saúde até conseguir o atendimento com médico?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Horas</td> <td>Minutos</td> </tr> </table> <p>Preencher com as horas e/ou minutos que ficou esperando em fila de espera desde a hora que chegou no serviço de saúde até conseguir o atendimento.</p> <p>(siga X15)</p>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Horas	Minutos	<p>X15. Quanto tempo durou a consulta médica?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Horas</td> <td>Minutos</td> </tr> </table> <p>Preencher com as horas e/ou minutos que durou a consulta médica..</p> <p>(siga X16)</p>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Horas	Minutos	
<input type="checkbox"/> 1. Deixou agendado em consulta anterior	<input type="checkbox"/> 2. Por meio de visita à unidade de saúde para marcação de consulta	<input type="checkbox"/> 3. Por telefone	<input type="checkbox"/> 4. Agendamento virtual, pela internet	<input type="checkbox"/> 5. Outra forma (Especifique: _____)															
<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
Horas	Minutos																		
<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
Horas	Minutos																		
<p>X16. Que tipo de médico o/a atendeu?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Médico da família ou generalista</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Clínico geral</td> <td><input type="checkbox"/> 3. Ginecologista</td> <td><input type="checkbox"/> 4. Médico especialista (cardiologista, nefrologista, oftalmologista, dermatologista, urologista, oncologista, otorrinolaringologista, etc.)</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Outra forma (Especifique: _____)</td> </tr> </table> <p>(siga X17)</p>		<input type="checkbox"/> 1. Médico da família ou generalista	<input type="checkbox"/> 2. Clínico geral	<input type="checkbox"/> 3. Ginecologista	<input type="checkbox"/> 4. Médico especialista (cardiologista, nefrologista, oftalmologista, dermatologista, urologista, oncologista, otorrinolaringologista, etc.)	<input type="checkbox"/> 5. Outra forma (Especifique: _____)	<p>X17. A consulta médica foi coberta por plano de saúde?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> </tr> </table> <p>(siga X18)</p>		<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<p>X18. O(A) sr(a) pagou algum valor pela consulta médica?</p> <p><i>(Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque opção 2)</i></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Não</td> </tr> </table> <p>(siga X19)</p>		<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<p>X19. A consulta médica foi feita pelo SUS?</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</td> </tr> </table> <p>(Se X7 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X7 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p>		<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Não sabe
<input type="checkbox"/> 1. Médico da família ou generalista	<input type="checkbox"/> 2. Clínico geral	<input type="checkbox"/> 3. Ginecologista	<input type="checkbox"/> 4. Médico especialista (cardiologista, nefrologista, oftalmologista, dermatologista, urologista, oncologista, otorrinolaringologista, etc.)	<input type="checkbox"/> 5. Outra forma (Especifique: _____)															
<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																	
<p>X20. De um modo geral, como o(a) sr(a) avalia o atendimento recebido quanto:</p>																			
a. À disponibilidade de equipamentos necessários para a consulta médica?		<input type="checkbox"/> 1. Muito bom	<input type="checkbox"/> 2. Bom	<input type="checkbox"/> 3. Regular	<input type="checkbox"/> 4. Ruim	<input type="checkbox"/> 5. Muito ruim (siga X20b)													
b. Ao espaço disponível para a consulta médica?		<input type="checkbox"/> 1. Muito bom	<input type="checkbox"/> 2. Bom	<input type="checkbox"/> 3. Regular	<input type="checkbox"/> 4. Ruim	<input type="checkbox"/> 5. Muito ruim (siga X20c)													
c. Ao tempo gasto com deslocamento?		<input type="checkbox"/> 1. Muito bom	<input type="checkbox"/> 2. Bom	<input type="checkbox"/> 3. Regular	<input type="checkbox"/> 4. Ruim	<input type="checkbox"/> 5. Muito ruim (siga X20d)													
d. Ao tempo de espera até ser atendido?		<input type="checkbox"/> 1. Muito bom	<input type="checkbox"/> 2. Bom	<input type="checkbox"/> 3. Regular	<input type="checkbox"/> 4. Ruim	<input type="checkbox"/> 5. Muito ruim (siga X20e)													
e. À forma como os atendentes o/a receberam?		<input type="checkbox"/> 1. Muito bom	<input type="checkbox"/> 2. Bom	<input type="checkbox"/> 3. Regular	<input type="checkbox"/> 4. Ruim	<input type="checkbox"/> 5. Muito ruim (siga X20f)													
f. À limpeza das instalações, incluindo os banheiros?		<input type="checkbox"/> 1. Muito bom	<input type="checkbox"/> 2. Bom	<input type="checkbox"/> 3. Regular	<input type="checkbox"/> 4. Ruim	<input type="checkbox"/> 5. Muito ruim (siga X22)													

