



**QUESTIONÁRIO**  
**ISA Capital- SP 2024**

**SUMÁRIO** - Temas dos Blocos - Faixa etária e sexo correspondentes - ISA Capital 2024

<b>BLOCO</b>	<b>TEMA</b>	<b>SEXO</b>	<b>FAIXA ETÁRIA</b>
<b>A</b>	<b>RELAÇÃO DE MORADORES DOS DOMICÍLIOS</b>	Ambos	≥ 10
<b>B</b>	<b>FOLHA DE CONTROLE</b>	Ambos	≥ 10
<b>C</b>	<b>MORBIDADE REFERIDA E DEFICIÊNCIAS</b>	Ambos	≥ 10
C1	Morbidade em duas semanas		
C2	Doenças crônicas		
C3	Problemas de saúde: queixas e sintomas		
C4	Deficiências		
C5	COVID - 19		
<b>D</b>	<b>ACIDENTES E VIOLÊNCIA</b>	Ambos	≥ 10
D1	Acidentes de trânsito e de trabalho		
D2	Quedas		
D3	Outros tipos de acidentes		
D4	Violências		
<b>E</b>	<b>SAÚDE EMOCIONAL</b>	Ambos	≥ 15
<b>F</b>	<b>SAÚDE E BEM-ESTAR</b>	Todos	≥ 10
<b>G</b>	<b>USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	Todos	≥ 10
G1	Consulta médica		
G2	Hospitalizações e Cirurgias		
G3	Plano de Saúde		
G5	Saúde Bucal		
<b>H</b>	<b>EXAMES PREVENTIVOS</b>	H1 - F H2 - F H3 - M H4 - Ambos	H1 ≥ 20 H2 ≥ 40 H3 ≥ 40 H4 ≥ 50
H1	Câncer de colo de útero - Papanicolau		
H2	Câncer de mama - Mamografia		
H3	Câncer de próstata – PSA e toque retal		
H4	Câncer colorretal – PSO e colonoscopia		
<b>I</b>	<b>IMUNIZAÇÃO</b>	Ambos	
I1	Hepatite B		10 ≤ I1 ≤ 59
I2	Sarampo, Caxumba e Rubéola		10 ≤ I2 ≤ 59
I3	Febre amarela		10 ≤ I3 ≤ 59
I4	Dupla adulto		I4 ≥ 10
I5	COVID-19		I5 ≥ 10
I6	Gripe/influenza		I6 ≥ 10
I7	HPV		10 ≤ I7 ≤ 24
<b>J</b>	<b>USO DE MEDICAMENTOS</b>	Ambos	≥ 10
<b>K</b>	<b>COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE</b>	Ambos	≥ 10
K1	Alimentação		
K2	Atividade física		
K3	Tabagismo		
K4	Consumo de bebidas		
<b>L</b>	<b>CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DO/A NÃO RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA</b>	Ambos	≥ 10
<b>M</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA E DO DOMICÍLIO</b>	Ambos	≥ 10
<b>N</b>	<b>CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DO(A) RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA</b>	Ambos	≥ 10
<b>P</b>	<b>PRESENÇA DE ANIMAIS</b>	Ambos	≥ 10

Legenda: F - Feminino | M - Masculino

## BLOCO A – RELAÇÃO DE MORADORES DOS DOMICÍLIOS

2. Coordenadoria: |\_\_|

3. Nº do domicílio: |\_\_|\_|\_| | |\_\_|\_|\_| | |\_\_|\_|\_| | |\_\_|\_|\_|  
distrito setor nº ordem sorteio

10. Domínio adolescente 0. não      1. sim	11. Domínio homens 0. não      1. sim	12. Domínio mulheres 0. não      1. sim	13. Domínio idosos 0. não      1. sim
---	--	--	--

Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Celular: (|\_\_|\_|\_|) |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|-|\_\_|\_|\_|\_|\_|

A 01a. Código do(a) entrevistador(a): |\_\_|\_|\_|\_|

### Quadro de visitas

visita	data [dd/mm/aaaa]	hora	nome do entrevistador(a)	observações	resultado da visita (*)
1	A 01b.1.	A 01c.1.	A 01d.1.	A 01e.1.	A 01f.1.
2					
3					
4					

### (\*) Resultado da visita:

1. aceita preencher quadro de moradores(as) **(pular para A 03.)**
2. não é domicílio/domicílio inexistente **(pular para A 06a.)**
3. domicílio vago
4. domicílio fechado
5. não conseguiu localizar o(a) morador(a)
6. recusa parcial
7. recusa definitiva
8. outro **(pular para A02b.)**

A 02a. Recusa, especificar o motivo: **(caso seja recusa definitiva, pular para A 06a.)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A 02b. Outro, especificar: **(pular para A 06a.)**

\_\_\_\_\_

A 03. Nº. de visitas realizadas: |\_\_|

A 04. Nº de famílias no domicílio: |\_\_|

A 05. **Quadro de moradores(as) no domicílio:**

*Relacionar todos os(as) moradores(as) inclusive as crianças de todas as idades.*

**Observação:** Quando houver mais de uma família no domicílio, anote os moradores da primeira família, começando pelo responsável da família 1 [**Responsável 1**], em seguida, no mesmo quadro arrole a segunda família, começando pelo responsável da família 2 [**Responsável 2**].

Nº	Nome	Nº da família a que o morador pertence	Relação com o responsável da família	Sexo 1. masculino 2. feminino	Idade (anos)	Nº de ordem dos(as) sorteados(as)	Trabalha? 0. não 1. sim 9. NS/NR	* Atenção: na questão A05.3 anotar o sexo que consta na certidão de nascimento ao nascer.
1	A 05a.1.	A 05a.8.	A 05a.2. <b>Responsável 1</b>	<b>A 05a.3. *</b>	A 05a.4.	A 05a.6.	A 05a.7.	
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

**Relação com o(a) responsável pela família:**

2. cônjuge
3. filho ou enteado
4. outro parente
5. agregado
6. pensionista
7. empregado(a) doméstico(a)
8. irmão(ã)
9. mãe ou pai
10. avô ou avó
11. neto ou neta
12. outro

A 06. Tipos de domicílio:      1. particular                      2. coletivo

A 06a. Resultado final do bloco A: |\_\_|\_\_|

**Resultado final do Bloco A:**

- 2. não é domicílio
- 3. domicílio vago
- 4. domicílio fechado
- 5. não conseguiu localizar o(a) morador(a)
- 6. Recusa parcial
- 7. Recusa definitiva
- 8. Outro
- 9. Quadro de moradores(as) preenchido – não pertence à população de estudo
- 10. Quadro de moradores(as) preenchido – tem domínio

A 07. Telefone do domicílio: (|\_\_|\_\_|) |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

A 08. Data de finalização do bloco A: |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (dia, mês e ano)

**Observações:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



B 08. Qual foi o sexo registrado na certidão de nascimento (ao nascer):

1. masculino

2. feminino

B 09. Telefone: (|\_|\_|) |\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

B 10. Celular: (|\_|\_|) |\_|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

B 11. E-mail: \_\_\_\_\_

**Quadro de visitas**

visita	data [dd/mm/aaaa]	hora	nome do entrevistador(a)	resultado da visita (*)	observações
1	B 12.1.	B 13.1.	B 14.1.	B 15.1.	B 16.1.
2					
3					
4					

**(\*) Resultado da visita:**

1. aceita
2. adiada
3. morador ausente
4. recusa total
5. recusa parcial
6. não fala português
7. outro
8. encerrar definitivamente

B 17. Nº de visitas realizadas: |\_|\_|

B 18. Resultado final das visitas: |\_|\_|

**Resultado final da visita:**

1. aceita
2. adiada
3. morador ausente
4. recusa total
5. recusa parcial
6. não fala português
7. outro
8. encerrar definitivamente

B 19. Horário da entrevista: **início:** |\_|\_|:|\_|\_| **término:** |\_|\_|:|\_|\_|

B 20. Código do(a) entrevistador(a): |\_|\_|\_|

B 21. Data da realização da entrevista: |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| (dia, mês e ano)

B 22. Quem respondeu ao questionário?

1. o próprio

2. outro (preencher B 22a.)

3. não foi respondido

**B 22a. Se outra pessoa, quem respondeu?** \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**BLOCO C - MORBIDADE REFERIDA E DEFICIÊNCIAS**

**BLOCO C1 - MORBIDADE EM 2 SEMANAS**

C1 01. Nas últimas 2 semanas, o(a) Sr.(a)/você teve algum problema de saúde?

0. não (**pular para Bloco C2**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para Bloco C2**)

C1 02. Qual foi o **principal problema** de saúde que o(a) Sr.(a)/você teve?

---

---

99. NS/NR

C1 03. Nas últimas 2 semanas, o(a) Sr.(a)/você deixou de realizar alguma de suas atividades habituais (afazeres domésticos, trabalhar, ir à escola etc.) devido a esse problema de saúde?

0. não (**pular para C1 04.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para C1 04.**)

C1 03a. Durante **quantos dias** deixou de realizar as atividades?

|\_\_|\_\_| dias                      99. NS/NR

**C1 04.** Nas últimas 2 semanas, o(a) Sr.(a)/você esteve **acamado**?

0. não (**pular para C1 06.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para C1 06.**)

C1 04a. Durante quantos dias esteve acamado?

|\_\_|\_\_| dias                      99. NS/NR

C1 05. Qual foi o **problema de saúde** que o(a) levou a ficar **acamado(a)**?

1. o problema já referido (**pular para C1 06.**)

2. outro

9. NS/NR (**pular para C1 06.**)

C1 05a. Se **outro**, qual foi o **problema**?

---

---

99. NS/NR

**C1 06.** O(a) Sr.(a)/você procurou algum atendimento para resolver esse problema de saúde?

0. não

1. sim (**pular para Bloco C2**)

9. NS/NR (**pular para Bloco C2**)



C1 07. Por que o(a) Sr.(a)/você **NÃO** procurou atendimento para o seu problema de saúde? (+1)

1. teve dificuldades financeiras
2. teve dificuldades de acesso geográfico
3. não conseguiu marcar consulta ou pegar senha
4. não achou necessário
5. não teve tempo
6. não sabia quem procurar/onde ir
7. resolveu com a visita domiciliar do profissional da ESF
8. não tinha quem levasse
9. teve medo de pegar COVID-19
10. foi na farmácia
11. outros
99. NS/NR

(1 a 10 e 99 - pular para Bloco C2)

C1 07a. Se outros, especificar por quais outros motivos **NÃO** procurou atendimento?

---

---

99. NS/NR

## BLOCO C2 - DOENÇAS CRÔNICAS

Vou perguntar a seguir sobre uma série de doenças crônicas e peço que o(a) Sr.(a)/você me responda quais delas algum(a) **MÉDICO(A)** já lhe disse que o(a) Sr.(a)/você tem.

**C2 01a.** Algum(a) médico(a) já lhe informou que o(a) Sr.(a)/você tem **hipertensão arterial** ou **pressão alta**? (excluindo hipertensão gestacional)

0. não (**pular para C2 02a.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para C2 02a.**)

**C2 01b.** Que **idade** o(a) Sr.(a)/você tinha quando um(a) médico(a) lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a)/você tem **hipertensão**?

|\_\_|\_\_| anos

99. NS/NR

**C2 01c.** Ter **hipertensão limita** as suas atividades do dia a dia? Quanto? (**Ler as opções de resposta**)

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

**C2 01d.** O(a) Sr.(a)/você **faz alguma coisa** para “controlar” a hipertensão?

0. não (**pular para C2 01e.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para C2 01e.**)

**C2 01d.1.** O que o (a) Sr.(a) /você faz para “controlar” a hipertensão? (+1)

1. dieta com redução de sal

2. dieta para controlar ou perder peso

3. atividade física

4. toma medicação de rotina

5. toma medicação só quando tem problema com a pressão

6. mede a pressão periodicamente

7. outro

9. NS/NR

**C2 01e.** A sua **pressão está controlada**?

0. não

1. sim

9. NS/NR

**C2 01f.** O(a) Sr.(a)/Você consulta o(a) médico(a) ou faz **acompanhamento no serviço de saúde regularmente** por causa da **hipertensão**?

0. não

1. não, só quando precisa

2. sim (**pular para C2 01h.**)

9. NS/NR

C2 01g. Por que o(a) Sr.(a)/você **NÃO** consulta o(a) médico(a) ou faz acompanhamento no serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão? **(+1)**

1. não acha necessário
2. não tem tempo
3. dificuldades de obter atendimento no serviço de saúde
4. dificuldades financeiras
5. não tem quem leve
6. teve medo de pegar COVID-19
7. outros
9. NS/NR

**C2 01h.** Quando foi a **última vez** que o(a) Sr.(a)/você foi ao(à) médico(a) ou serviço de saúde por causa da hipertensão?

1. no último mês
2. mais de 1 mês a 3 meses
3. mais de 3 meses a 6 meses
4. mais de 6 meses a 1 ano
5. mais de 1 a 3 anos
6. mais de 3 anos
9. NS/NR

**C2 01i.** O(a) Sr.(a)/Você se sente bem orientado(a) e informado(a) quanto à maneira de cuidar da hipertensão?  
*(Ler as opções de resposta)*

1. não
2. sim
3. parcialmente (mais ou menos)
9. NS/NR

**C2 02a.** Algum(a) médico(a) já lhe informou que o(a) Sr.(a)/você tem diabetes? (excluindo diabetes gestacional)

0. não **(pular para C2 03a.)**
1. sim
9. NS/NR **(pular para C2 03a.)**

C2 02b. Que **idade** o(a) Sr.(a)/você tinha quando um médico lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a)/você tem diabetes?

|\_\_|\_\_| anos                      99. NS/NR

C2 02c. Ter **diabetes limita** as suas atividades do dia a dia? Quanto? *(Ler as opções de resposta)*

1. não limita nada
2. limita um pouco
3. limita muito
9. NS/NR

C2 02d. O(a) Sr.(a)/você **faz alguma coisa** para “controlar” o diabetes?

0. não (**pular para C2 02e.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para C2 02e.**)

C2 02d.1. O que o (a) Sr.(a)/você faz para “controlar” o diabetes? **(+1)**

1. dieta alimentar para diabético

2. dieta para controlar ou perder peso

3. atividade física

4. toma insulina

5. toma medicamento oral

6. mede a glicemia com frequência

7. outro

9. NS/NR

**C2 02e.** A sua **glicemia está controlada?**

0. não

1. sim

9. NS/NR

C2 02f. O(a) Sr.(a)/Você **consulta o médico ou faz acompanhamento** no serviço de saúde **regularmente** por causa da **diabetes?**

0. não

1. não, só quando precisa

2. sim (**pular para C2 02h.**)

9. NS/NR

C2 02g. Por que o(a) Sr.(a)/você **NÃO** consulta o(a) médico(a) ou faz acompanhamento no serviço de saúde **regularmente** por causa da **diabetes?** **(+1)**

1. não acha necessário

2. não tem tempo

3. dificuldades de obter atendimento no serviço de saúde

4. dificuldades financeiras

5. não tem quem leve

6. tem medo de pegar COVID-19

7. outro

9. NS/NR

**C2 02h.** Quando foi a **última vez** que o(a) Sr.(a)/você **foi ao(à) médico(a) ou serviço de saúde** por causa da **diabetes?**

1. no último mês

2. mais de 1 mês a 3 meses

3. mais de 3 meses a 6 meses

4. mais de 6 meses a 1 ano

5. mais de 1 a 3 anos

6. mais de 3 anos

9. NS/NR

C2 02i. O(a) Sr.(a)/você se sente **bem orientado(a) e informado(a)** quanto à maneira de cuidar do **diabetes**?  
(*Ler as opções de resposta*)

- 0. não
- 1. sim
- 2. parcialmente (mais ou menos)
- 9. NS/NR

**As questões que farei a seguir estão relacionadas às COMPLICAÇÕES que podem ser provocadas pelo diabetes:**

C2 02j. O(a) Sr.(a)/você já teve algum destes **SINAIS** ou **SINTOMAS** relacionados à **hipoglicemia (queda de açúcar no sangue)**?  
(+1) (*Ler as opções de resposta*)

- 1. Sonolência
- 2. Tremores
- 3. Fraqueza
- 4. Sudorese (suor intenso)
- 5. Palidez
- 6. Tontura
- 7. Visão turva

**02k.)**

- 8. Alteração cardíaca (palpitação / taquicardia)
- 9. Confusão mental (esquecimento)
- 10. Baixa coordenação motora
- 11. Irritabilidade / alteração de humor
- 12. Náusea / vômitos
- 13. Outro
- 14. Nenhum
- 99. NS/NR

(1 a 12, 14 e 99 - pular para C2

C2 02j.a. Se **outro**, qual?

---

---

99. NS/NR

**C2 02k.** O(a) Sr.(a)/você já teve alguma dessas **COMPLICAÇÕES** por causa do **diabetes**? (+1) (*Ler as opções de resposta*)

- 1. problema de vista
- 2. problema nos rins
- 3. infarto
- 4. AVC (acidente vascular cerebral)
- 5. úlcera ou ferida nos pés
- 6. esteve em coma
- 7. outra
- 8. nenhuma
- 9. NS/NR

(1 a 7 e 9 - pular para C2 03a.)

C2 02k.a. Se **outra(s), qual(is)?**

99. NS/NR

**C2 03a.** Algum(a) médico(a) já lhe informou que o(a) Sr.(a)/você teve um **infarto do miocárdio**?

0. não **(pular para C2 04a.)**

1. sim

9. NS/NR **(pular para C2 04a.)**

C2 03b. Que **idade** o(a) Sr.(a)/você tinha quando um(a) médico(a) lhe informou, **pela primeira vez**, que o(a) Sr.(a)/você teve um **infarto do miocárdio**?

|\_|\_| anos

999. NS/NR

C2 03c. O Sr.(a)/você teve **outro infarto do miocárdio** depois desse?

0. não **(pular C2 03d.)**

1. sim

9. NS/NR **(pular C2 03d.)**

C2 03c.1. Se sim, **quantos?**

1. um

2. dois

3. três

4. quatro

5. cinco ou mais

9. NS/NR

**C2 03d.** Ter tido o **infarto** passou a **limitar** as suas atividades do dia a dia? Quanto? **(Ler as opções de resposta)**

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

**C2 04a.** Algum(a) médico(a) já lhe informou que o(a) Sr.(a)/você tem **alguma outra doença do coração** como angina, arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca ou outra?

0. não **(pular para C2 05a.)**

1. sim

9. NS/NR **(pular para C2 05a.)**

C2 04b. **Qual ou quais doenças? (+1)**

1. angina

2. arritmia cardíaca

3. insuficiência cardíaca

4. sopro

5. problema de válvula

6. outra

**(1 a 5 e 9 - pular para C2 04c.)**

9. NS/NR  
C2 04b.1. Se **outra, qual?**

---

---

99. NS/NR

**C2 04c.** Essa(s) doença(s) **limita(m) suas atividades do dia a dia?** Quanto? *(Ler as opções de resposta)*

- 1. não limita nada
- 2. limita um pouco
- 3. limita muito
- 9. NS/NR

**C2 05a.** Algum(a) médico(a) já lhe informou que o(a) Sr.(a)/você teve **acidente vascular cerebral (AVC)** ou **derrame**?

- 0. não **(pular para C2 06a.)**
- 1. sim
- 9. NS/NR **(pular para C2 06a.)**

C2 05b. Que **idade** você o(a) Sr.(a)/você tinha quando um(a) médico(a) lhe informou, pela primeira vez, que o(a) Sr.(a)/você teve o **AVC**?

|\_\_|\_\_| anos 99. NS/NR

C2 05c. O Sr.(a)/você teve **outro AVC** depois desse?

- 0. não **(pular C2 05d.)**
- 1. sim
- 9. NS/NR **(pular C2 05d.)**

C2 05c.a. Se sim, **quantos?**

- 1. um
- 2. dois
- 3. três
- 4. quatro
- 5. cinco ou mais
- 9. NS/NR

C2 05d. O **AVC** **limita** hoje as suas atividades do dia a dia? Quanto? *(Ler as opções de resposta)*

- 1. não limita nada
- 2. limita um pouco
- 3. limita muito
- 9. NS/NR

**C2 06a.** Algum(a) médico(a) já lhe informou que o(a) Sr.(a)/você tem ou teve **câncer**?

- 1. não **(pular para C2 07a.)**
- 2. sim, já teve **(pular para C2 06e.)**
- 3. sim, tem atualmente

9. NS/NR (pular para C2 07a.)

**C2 06b.** Qual o **tipo/localização** do **câncer** que o(a) Sr.(a)/você tem **atualmente**?

99. NS/NR

C2 06c. Há **quanto tempo** o(a) Sr.(a)/você tem esse **câncer**?

|\_|\_| anos

|\_|\_| meses

99. NS/NR

C2 06d. Esse **câncer limita** suas atividades do dia a dia? Quanto? (*Ler as opções de resposta*)

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

**C2 06e.** Na sua vida, **quantas vezes** o(a) Sr.(a)/você teve câncer?

1. uma vez

2. duas vezes

3. três vezes ou mais

9. NS/NR

**(Responder as QUESTÕES C2 06f. e C2 06h. PARA CADA VEZ QUE TEVE CÂNCER CITADO NA QUESTÃO ANTERIOR)**

	<b>C2 06f.</b> Qual(is) foi(ram) o(s) <b>tipo(os)</b> de câncer que <u>o(a) Sr.(a)/você</u> teve?	<b>C2 06g.</b> Que <b>idade</b> <u>o(a) Sr.(a)/você</u> tinha quando um(a) médico(a) lhe informou, pela primeira vez, que <u>o(a) Sr.(a)/você</u> tinha esse <b>câncer</b> ?	<b>C2 06h.</b> <u>o(a) Sr.(a)/você</u> ainda está em acompanhamento/tratamento para esse câncer?
<b>1</b>		_ _  anos	0. não      1. sim      9. NS/NR
<b>2</b>		_ _  anos	0. não      1. sim      9. NS/NR
<b>3</b>		_ _  anos	0. não      1. sim      9. NS/NR
<b>4</b>		_ _  anos	0. não      1. sim      9. NS/NR
<b>5</b>		_ _  anos	0. não      1. sim      9. NS/NR
<b>6</b>		_ _  anos	0. não      1. sim      9. NS/NR



**C2 07a.** Algum(a) médico(a) já lhe informou que o(a) Sr.(a)/você tem alguma doença que afeta as articulações como **artrite, reumatismo, artrose ou outras**?

0. não **(pular para C2 08a.)**

1. sim

9. NS/NR **(pular para C2 08a.)**

C2 07b. **Qual(is)** dessa(s) doença(s) o(a) Sr.(a)/você tem? **(+1)**

1. artrite

2. reumatismo

3. artrose

4. outra

9. NS/NR **(pular para Bloco C3)**

**(1 a 3 - pular para C2 07c.)**

C2 07b.1. Se **outra**, qual?

---

99. NS/NR

**C2 07c.** Essa(s) doença(s) **limita(m)** as suas atividades do dia a dia? Quanto? **(Ler as opções de resposta)**

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

**C2 08.** Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a)/você tem **osteoporose**?

0. não

1. sim

9. NS/NR

**C2 09a.** Algum(a) médico(a) já lhe informou que o(a) Sr.(a)/você tem **asma ou bronquite asmática**?

0. não **(pular para C2 10a.)**

1. sim

9. NS/NR **(pular para C2 10a.)**

C2 09b. **Qual(is)** dessa(s) doença(s) o(a) Sr.(a)/você tem? **(+1)**

1. asma

2. bronquite asmática

9. NS/NR

C2 09c. Essa(s) doença(s) **limita(m)** as suas atividades do dia a dia? Quanto? **(Ler as opções de resposta)**

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

**C2 10a.** Algum(a) médico(a) já lhe informou que o(a) Sr.(a)/você tem alguma doença do pulmão como enfisema, bronquite crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou outra?

0. não (pular para C2 11a.)

1. sim

9. NS/NR (pular para C2 11a.)

C2 10b. Qual(is) dessa(s) doença(s) o(a) Sr.(a)/você tem? (+1)

1. enfisema

2. bronquite crônica

3. DPOC

4. outra

9. NS/NR (pular para C2 10c.)

} (1 a 3 – pular para C2 10c.)

C2 10b.1. Se **outra**, qual?

---

99. NS/NR

**C2 10c.** Essa(s) doença(s) limita(m) as suas atividades do dia a dia? Quanto? *(Ler as opções de resposta)*

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

**C2 11a.** Algum(a) médico(a) já lhe informou que o(a) Sr.(a)/você tem rinite ou sinusite?

0. não (pular pra C2 12a.)

1. sim

9. NS/NR (pular pra C2 12a.)

C2 11b. Quais dessas doenças o Sr.(a)/você tem? (+1)

1. rinite

2. sinusite

9. NS/NR

**C2 12a.** Algum(a) médico(a) já lhe informou que o(a) Sr.(a)/você tem tendinite, LER (lesão por esforço repetitivo) ou DORT (distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho)?

0. não (pular para C2 13a.)

1. sim

9. NS/NR (pular para C2 13a.)

**C2 12b.** Qual(is) dessa(s) doença(s) o(a) Sr.(a)/você tem? (+1)

1. tendinite

2. LER

3. DORT

9. NS/NR (pular para C2 13a.)

**C2 12c.** Essa(s) doença(s) **limita(m)** as suas atividades do dia a dia? Quanto? *(Ler as opções de resposta)*

1. não limita nada
2. limita um pouco
3. limita muito
9. NS/NR

**C2 13a.** Algum(a) médico(a) já lhe informou que o(a) Sr.(a)/você tem **varizes de membros inferiores**?

0. não **(pular para C2 14a.)**
1. sim
9. NS/NR **(pular para C2 14a.)**

**C2 13b.** As **varizes limitam** as suas atividades do dia a dia? Quanto? *(Ler as opções de resposta)*

1. não limita nada
2. limita um pouco
3. limita muito
9. NS/NR

**C2 14a.** Algum(a) médico(a) já lhe informou que o(a) Sr.(a)/você tem **colesterol elevado**?

0. não **(pular para C2 15a.)**
1. sim
9. NS/NR **(pular para C2 15a.)**

**C2 14b.** **Quando** foi que o(a) Sr.(a)/você fez o **último exame** de **colesterol**?

1. até 6 meses
2. mais de 6 meses a 1 ano
3. mais de 1 ano a 2 anos
4. mais de 2 anos a 5 anos
5. mais de 5 anos
6. nunca fez
9. NS/NR

**C2 14c.** O(a) Sr.(a)/você faz **alguma coisa** para “controlar” o **colesterol elevado**?

0. não **(pular para C2 15a.)**
1. sim
9. NS/NR **(pular para C2 15a.)**

**C2 14c.1.** O que o(a) Sr.(a)/você faz para “controlar” o **colesterol elevado**? **(+1)**

1. dieta alimentar
2. atividade física
3. toma medicamento
4. faz acompanhamento regular
5. outro
9. NS/NR

**C2 15a.** Algum(a) médico(a) já lhe informou que o(a) Sr.(a)/você tem alguma **doença de coluna ou problema de coluna**?

0. não (**pular para C2 16.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para C2 16.**)

**C2 15b. Qual(is) doença(s)? (+1)**

1. Hérnia de disco

2. Escoliose, lordose, cifose

3. Osteofitose (bico de papagaio)

4. Pinçamento do ciático

5. Outra

9. NS/NR

**(1 a 4 e 9 – pular para C2 15c.)**

**C2 15b.1. Se outra, qual?**

---

---

99. NS/NR

**C2 15c.** Essa(s) doença(s) ou problema(s) de coluna **limita(m)** as suas atividades do dia a dia? Quanto? (*Ler as opções de resposta*)

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

**C2 16.** Algum(a) médico(a) já lhe informou que o(a) Sr.(a)/você tem alguma **outra doença crônica além das citadas anteriormente**?

0. não (**pular para Bloco C3**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para Bloco C3**)

**C2 16a. Se outra, qual?**

---

---

99. NS/NR

## BLOCO C3 - PROBLEMAS DE SAÚDE: QUEIXAS E SINTOMAS

Vou perguntar a seguir sobre alguns problemas ou queixas de saúde que o(a) Sr.(a)/você possa ter.

**Vamos agora conversar sobre alguns problemas que envolvem a sua SAÚDE MENTAL**

C3 01a. O(a) Sr.(a)/você tem algum tipo de **problema emocional ou mental** como **ansiedade, depressão, síndrome do pânico, TOC (Transtorno obsessivo compulsivo), esquizofrenia ou algum outro?**

- 0. não (**pular para C3 02a.**)
- 1. sim
- 9. NS/NR (**pular para C3 02a.**)

C3 01b. Qual(is) doenças? **(+1)**

- 1. ansiedade
- 2. depressão
- 3. síndrome do pânico
- 4. TOC (Transtorno obsessivo compulsivo)
- 5. esquizofrenia
- 6. outra
- 9. NS/NR

**(1 a 5 e 9 – pular para C3 01c.)**

C3 01.b1. Se **outra**, qual?

---

99. NS/NR

**C3 01c.** Esses problemas **limitam** as suas atividades do dia a dia? Quanto? **(Ler as opções de resposta)**

- 1. não limita nada
- 2. limita um pouco
- 3. limita muito
- 9. NS/NR

C3 01d. O(a) Sr.(a)/você já **procurou** um profissional de saúde ou serviço de saúde por causa desse problema?

- 0. não
- 1. sim (**pular para C3 01f.**)
- 9. NS/NR (**pular para C3 02a.**)

C3 01e. Por que o(a) Sr.(a)/você **NÃO** procurou um profissional de saúde ou serviço de saúde para tratar desse problema? **(+1)**

- 1. não achou necessário
- 2. não teve ânimo
- 3. o tempo de espera no serviço de saúde era muito grande
- 4. o horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou pessoais
- 5. o plano de saúde não cobria as consultas
- 6. não sabia quem procurar ou aonde ir
- 7. preconceito/vergonha
- 8. não teve tempo
- 9. teve dificuldades financeiras
- 10. não teve quem levasse
- 11. teve medo de pegar COVID-19
- 12. outro
- 99. NS/NR

**Todos (pular para C3 02a.)**

**C3 01f. O(a) Sr.(a)/você foi atendido?**

- 0. não
- 1. sim (**pular para C3 01h.**)
- 9. NS/NR

**C3 01g. Por que **NÃO** foi atendido?**

- 1. não tinha o profissional
  - 2. tinha fila de espera
  - 3. o horário do serviço não era adequado
  - 4. outro motivo
  - 9. NS/NR
- } (1 a 3 e 9 – pular para C3 01h.)

**C3 01g.1. Se **outro**, qual?**

---

99. NS/NR

**C3 01h. Quando foi a **última vez** que o(a) Sr.(a)/você recebeu atendimento médico ou de outro profissional de saúde por causa desse problema?**

- 1. até 6 meses
- 2. mais de 6 meses a 1 ano
- 3. mais de 1 ano a 2 anos
- 4. mais de 2 a 5 anos
- 5. mais de 5 anos
- 9. NS/NR

**C3 01i. **Na última vez** que recebeu atendimento médico ou de outro profissional de saúde para o problema, **onde** o(a) Sr.(a)/você foi atendido?**

- 1. Unidade Básica de Saúde (UBS)
- 2. pronto-atendimento/pronto socorro/emergência/AMA/UPA/urgência em hospital
- 3. ambulatório de especialidades/ AMA Especialidades / AME/ hospital-dia/ambulatório especializado em hospital
- 4. consultório privado ou clínica particular
- 5. atendimento domiciliar
- 6. serviço de saúde mental/CAPS
- 7. teleconsulta/teleatendimento
- 8. outro
- 9. NS/NR

**C3 01j. Quem **cobriu os gastos** deste atendimento?**

- 1. SUS
- 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional
- 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento)
- 4. pago diretamente pelo(a) entrevistado(a) ou familiares
- 5. outro
- 9. NS/NR

**C3 01k.** O(a) Sr.(a)/você faz **atualmente algum tratamento** por causa desse problema?

0. não **(pular para C3 01n.)**

1. sim

9. NS/NR **(pular para C3 01n.)**

**C3 01l.** Que **tipo** de tratamento? **(+1)**

1. psicoterapia individual

2. psicoterapia de grupo

3. toma medicamentos

4. outro

9. NS/NR

**(1 a 3 e 9 - pular para C3 01n.)**

**C3 01m.** Se **outro**, qual?

---

99. NS/NR

**C3 01n.** O(a) Sr.(a)/você **avalia** que o seu problema está sendo bem cuidado e controlado? **(Ler as opções de resposta)**

1. não

2. sim, totalmente

3. sim, parcialmente

9. NS/NR

***Agora vamos tratar de algumas outras queixas e sintomas***

**C3 02a.** O(a) Sr.(a)/você costuma ter **enxaqueca** ou **dor de cabeça**?

0. não **(pular para C3 03a.)**

1. sim

9. NS/NR **(pular para C3 03a.)**

C3 02b. Qual(is)?

1. enxaqueca

2. dor de cabeça

3. ambas

9. NS/NR **(pular para C3 03a.)**

C3 02c. Essa(s) doença(s) **limita(m)** as suas atividades do dia a dia? Quanto? **(Ler as opções de resposta)**

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

**C3 03a.** O(a) Sr.(a)/você costuma ter **dor nas costas**?

0. não (**pular para C3 04a.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para C3 04a.**)

**C3 03a.1.** Qual a **localização** da dor? **(+1)**

1. pescoço

2. dorsal

3. lombar/ sacral

9. NS/NR

**C3 03b.** Com que **frequência** costuma ter essa **dor**?

1. todos os dias

2. alguns dias da semana

3. algumas vezes por mês

4. menos de uma vez ao mês

9. NS/NR

**C3 03c.** Como o(a) Sr.(a)/você classificaria a **dor nas costas** que sente: **(Ler as opções de resposta)**

1. muito intensa/ insuportável

2. intensa

3. de média intensidade

4. fraca / leve

9. NS/NR

**C3 03d.** Essa **dor nas costas limita** as suas atividades do dia a dia? Quanto? **(Ler as opções de resposta)**

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

**C3 03e.** O que o(a) Sr.(a)/você **faz atualmente** para aliviar essa **dor nas costas**? **(+1)**

1. toma medicamento sem prescrição (automedicação)

2. toma medicamento prescrito

3. fisioterapia

4. acupuntura

5. exercícios / atividade física

6. dieta para controlar ou perder peso

7. massagem

8. não faz nada

9. outro

99. NS/NR

**(1 a 8 e 99 - pular para C3 04a.)**



C3 03e.1. Se **outro, qual?**

---

---

99. NS/NR

**C3 04a.** O(a) Sr.(a)/você tem algum tipo de **alergia?** (além da asma, rinite e sinusite que pode já ter relatadas)

0. não (**pular para C3 05a.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para C3 05a.**)

C3 04b. Qual **tipo** de **alergia?**

---

99. NS/NR

**C3 05a.** O(a) Sr.(a)/você **tem** problemas de sono/**insônia?**

0. não (**pular para C3 06a.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para C3 06a.**)

C3 05b. **Qual(is)** o(s) problema(s)? **(+1)**

1. demora para pegar no sono quando vai dormir

2. acorda no meio da noite e tem dificuldade para pegar no sono de novo

3. acorda muito cedo (antes do horário normal) e não consegue mais pegar no sono

4. outro

9. NS/NR

} (1 a 3 e 9 - pular para C3 05c.)

C3 05b.1. Se **outro, qual(is)?**

---

---

99. NS/NR

**C3 05c.** A **insônia e esses outros problemas relacionados ao sono limitam** as suas atividades diárias? Quanto?  
**(Ler as opções de resposta)**

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

C3 05d. Quanto **tempo**, em média, o Sr.(a)/você dorme, por dia, em **dias de semana?**

|\_\_|\_\_| horas

99. NS/NR

C3 05e. Quanto **tempo**, em média, o Sr.(a)/você dorme, por dia, em **dias de finais de semana?**

|\_\_|\_\_| horas

99. NS/NR

C3 05f. Como o Sr.(a)/você **avalia** a qualidade do seu sono? (*Ler as opções de resposta*)

1. excelente/ muito bom
2. bom
3. regular
4. ruim
5. muito ruim
9. NS/NR

**C3 06a.** O(a) Sr.(a)/você tem **problema de incontinência urinária** ou perda urina?

0. não (**pular para C3 07a.**)
1. sim
9. NS/NR (**pular para C3 07a.**)

C3 06b. A **incontinência urinária limita** as suas atividades do dia a dia? Quanto? (*Ler as opções de resposta*)

1. não limita nada
2. limita um pouco
3. limita muito
9. NS/NR

**C3 07a.** O(a) Sr.(a)/você tem algum **outro problema de saúde** além dos que já conversamos?

0. não (**pular para Bloco C3 08.**)
1. sim
9. NS/NR (**pular para Bloco C3 08.**)

C3 07b. **Qual** problema?

---

---

99. NS/NR

***Agora vamos fazer algumas perguntas sobre COVID-19***

**C3 08.** O(a) Sr.(a)/você **teve COVID-19**?

0. não (**pular para C3 22.**)
1. sim
9. NS/NR (**pular para C3 22.**)

C3 09. **Quantas** vezes o(a) Sr.(a)/você **teve COVID-19**?

1. uma vez
2. duas vezes
3. três vezes
4. quatro vezes
5. cinco vezes ou mais
9. NS/NR

C3 10. Em que **período** (mês e ano) o(a) Sr.(a)/você teve **COVID-19**? (anotar para cada vez que teve a doença e caso a pessoa não lembre, preencher 99 para mês e 9999 para ano).

1. |\_\_|\_\_| mês / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ano
2. |\_\_|\_\_| mês / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ano
3. |\_\_|\_\_| mês / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ano
4. |\_\_|\_\_| mês / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ano
5. |\_\_|\_\_| mês / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ano
99. NS/NR

**ASSINALE COM UM X AS RESPOSTAS DADAS PELO(A) ENTREVISTADO(A) PARA CADA EPISÓDIO DE COVID-19 QUE ELE(ELA) REFERIU TER TIDO.**

C3 11. Que <b>tipo de teste</b> <u>o(a) Sr.(a)/você</u> fez? (+1)	1º episódio	2º episódio	3º episódio	4º episódio	5º episódio
1. não fiz teste					
2. teste de laboratório /exame de sangue					
3. teste de laboratório ou hospital / coleta de swab nasofaringe/PCR					
4. teste rápido feito na farmácia					
5. autoteste					
9. NS/NR					

C3 12. Qual foi a **gravidade** do quadro de COVID-19 que você apresentou? (Se teve mais de uma vez a doença, mencionar o que aconteceu no episódio mais grave)

1. não teve sintomas (**pular para C3 22.**)
2. teve sintomas leves (**pular para C3 14.**)
3. teve um quadro respiratório intenso que durou alguns dias (**pular para C3 14.**)
4. teve sintomas graves, ficou vários dias de cama, mas não precisou ser internado (**pular para C3 14.**)
5. foi internado em enfermaria
6. foi internado em enfermaria e usou oxigênio
7. foi internado em enfermaria e foi intubado
8. foi internado em UTI
9. NS/NR

C3 13. **Quantos dias** ficou **internado(a)** nesse episódio mais grave?

1. total de dias |\_\_|\_\_|\_\_|
2. dias de enfermaria |\_\_|\_\_|\_\_|
3. dias de UTI |\_\_|\_\_|\_\_|
999. NS/NR

**C3 14.** O(a) Sr.(a)/você teve alguns sintomas da COVID-19 que demoraram para passar ou não passaram até hoje?

0. não (pular para C3 22.)

1. sim

9. NS/NR (pular para C3 20.)

**C3 15.** Se sim, quais foram os problemas? (+1)

1. dificuldade respiratória

2. tosse

3. fadiga intensa

4. dores intensas

5. dificuldade de raciocínio/ de memória

6. problema neurológico

7. problema renal

8. ansiedade/depressão

9. alteração/perda do olfato

10. alteração/perda de paladar

11. cefaleia/dores de cabeça

12. outro

99. NS/NR

(1 a 11 e 99 – pular para C3 16.)

**C3 15.a.** Se outro, qual?

---

99. NS/NR

**C3 16.** Quanto durou o problema que persistiu mais tempo?

|\_|\_| meses

|\_|\_| dias

99. NS/NR

**C3 17.** Esse problema ainda persiste até hoje?

0. não

1. sim

9. NS/NR

**C3 18.** O(a) Sr.(a)/você precisou usar algum serviço de saúde por causa dessa complicação/sintomas ou problemas de saúde que persistiram depois da COVID-19?

0. não (pular para C3 22.)

1. sim e consegui atendimento (pular para a C3 19.)

2. sim e não consegui atendimento

9. NS/NR

C3 18a. Por que o(a) Sr.(a)/você NÃO conseguiu atendimento? (+1) (depois de respondida pular para C3 22)

1. teve dificuldades financeiras
2. teve dificuldades de acesso geográfico
3. não conseguiu marcar consulta ou pegar senha
4. não sabia quem procurar/onde ir
5. não tinha quem levasse
6. outros
99. NS/NR

C3 19. Por **quanto tempo precisou** de atendimento em saúde para esse(s) problema?

|\_\_|\_\_| meses |\_\_|\_\_| dias

99. NS/NR

**C3 20.** Em que **serviço** o(a) Sr.(a)/você foi **atendido** / é atendido? (+1)

1. unidade básica de saúde (UBS)
2. pronto-atendimento/pronto socorro/emergência/AMA/UPA/urgência em hospital
3. ambulatório de especialidades / AMA Especialidades / AME/ hospital-dia/ambulatório especializado em hospital
4. consultório privado ou clínica particular
5. consultório dentário
6. serviço de fisioterapia/reabilitação
7. serviço de saúde mental /CAPS
8. farmácia
9. serviço domiciliar
10. teleconsulta/teleatendimento
11. outro
99. NS/NR

C3 21. Quem **cobriu os gastos** deste atendimento? (+1)

1. SUS
2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional
3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento)
4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares
5. outro
9. NS/NR

**Para todos/as responderem**

**C3 22.** A pandemia de COVID-19 **afetou o seu estado de ânimo e/ou** a sua saúde mental? (*Ler as opções de resposta*)

1. Não afetou (**pular para C3 24.**)
2. Algumas vezes
3. Muitas vezes
4. Sempre
9. NS/NR (**pular para C3 24.**)

C3 23. O(a) Sr.(a)/você **avalia que atualmente o seu estado de ânimo e/ou saúde mental voltou a ser como era antes da pandemia de COVID-19? (Ler as opções de resposta)**

1. não
2. sim, completamente
3. sim, mas não completamente
9. NS/NR

C3 24. O(a) Sr.(a)/você **deixou de procurar algum atendimento de saúde** ou procedimento médico por causa da pandemia de COVID-19?

0. não **(pular para C3 25.)**
1. sim
9. NS/NR **(pular para C3 25.)**

C3 24a. Para que tipo de atendimento ou procedimento médico o (a) Sr.(a)/você **deixou de procurar algum serviço de saúde** por causa da pandemia de COVID-19? **(+1)**

1. para investigar algum problema de saúde
2. para realizar consultas de rotina
3. para realizar exames solicitados
4. para realizar cirurgias eletivas
5. outros
9. NS/NR

**C3 25.** O(a) Sr.(a)/você realizou algum teleatendimento / teleconsulta na pandemia de COVID-19?

0. não **(pular para C4 01.)**
1. sim
9. NS/NR **(pular para C4 01.)**

C3 25a. Qual o motivo de ter realizado o teleatendimento / teleconsulta na pandemia de COVID-19? **(+1)**

1. suspeita de COVID-19 **(pular pra C3 26.)**
2. monitoramento de COVID-19 **(pular pra C3 26.)**
3. outros motivos
9. NS/NR **(pular para C3 26.)**

C3 25b. **Se outro, qual?**

---

99. NS/NR

**C3 26.** O(a) Sr.(a)/você **ainda realiza** esse tipo de atendimento por teleatendimento/teleconsulta ?

0. não
1. sim
9. NS/NR

C3 27. O(a) que Sr.(a)/você achou deste tipo de atendimento por teleatendimento/teleconsulta? *(Ler as opções de resposta)*

1. muito bom
2. bom
3. mais ou menos
4. ruim
5. muito ruim
9. NS/NR

<b>BLOCO C4 - DEFICIÊNCIAS</b>
--------------------------------

*Agora vamos falar sobre Deficiências.*

C4 01. O(a) Sr.(a)/você utiliza óculos, lente de contato, aparelho auditivo, alguma órtese, prótese, bengala ou aparelho auxiliar (muleta, andador, cadeira de rodas)?

0. não **(pular para C4 01a.)**
1. sim
9. NS/NR **(pula para C4 01a.)**

C4 01.1. O que o(a) Sr.(a)/você utiliza? **(+1)**

1. óculos ou lente de contato
2. aparelho auditivo
3. alguma órtese, prótese, bengala ou aparelho auxiliar
9. NS/NR

**C4 01a.** O(a) Sr.(a)/você tem **dificuldade permanente de enxergar?** *(Ler as opções de resposta)*  
***(Se utiliza óculos ou lentes de contato, faça sua avaliação quando estiver utilizando-as)***

1. sim, não consegue enxergar de modo algum
2. sim, tem grande dificuldade
3. sim, alguma dificuldade
4. não, nenhuma dificuldade
9. NS/NR

**C4 01b.** O(a) Sr.(a)/você tem **dificuldade permanente de ouvir?** *(Ler as opções de resposta)*  
***(Se utiliza aparelho auditivo, faça sua avaliação quando estiver utilizando-o)***

1. sim, não consegue ouvir de modo algum
2. sim, tem grande dificuldade
3. sim, alguma dificuldade
4. não, nenhuma dificuldade
9. NS/NR

C4 01c. O(a) Sr.(a)/você tem **dificuldade permanente de caminhar ou subir degraus?** *(Ler as opções de resposta)*  
*(Se utiliza prótese, bengala ou aparelho auxiliar, faça sua avaliação quando estiver utilizando-os)*

1. sim, não consegue caminhar ou subir degraus de modo algum
2. sim, tem grande dificuldade
3. sim, alguma dificuldade
4. não, nenhuma dificuldade
9. NS/NR

C4 01d. O(a) Sr.(a)/você tem dificuldade **permanente** para realizar atividades habituais por causa de alguma limitação nas **funções mentais ou intelectuais?** *(Ler as opções de resposta)*

1. sim, não consegue de modo algum realizar as atividades habituais
2. sim, muita dificuldade
3. sim, alguma dificuldade
4. não, nenhuma dificuldade
9. NS/NR

C4 01e. O(a) Sr.(a)/você tem **dificuldade permanente** para **pegar pequenos objetos**, como botão ou lápis, ou abrir e fechar tampas de garrafas, mesmo usando aparelho de auxílio? *(Ler as opções de resposta)*

1. sim, não consegue de modo algum pegar pequenos objetos
2. sim, muita dificuldade
3. sim, alguma dificuldade
4. não, nenhuma dificuldade
9. NS/NR

**Se o entrevistado referiu nenhuma deficiência - ENCERRE O BLOCO**

Se o entrevistado referiu **alguma deficiência**, passe para a **questão C4 02**. e preencha as questões abaixo para cada uma das deficiências referidas.

**RESPONDER AS QUESTÕES C4 02. a C4 14. PARA CADA UMA DAS DIFICULDADES/DEFICIÊNCIAS CITADAS NAS QUESTÕES C4 01a. a C4 01e. Deficiência visual (a), Deficiência auditiva (b), Dificuldade de andar (c), limitação nas funções mentais (d), dificuldade de pegar pequenos objetos (e).**

**C4 02.** Há quanto **tempo** o(a) Sr.(a)/você tem esta dificuldade/deficiência?

C4 02a. deficiência visual	C4 02b. deficiência auditiva	C4 02c. dificuldade de andar	C4 02d. limitação nas funções mentais	C4 02 e. dificuldade de pegar objetos
_ _ anos	_ _ anos	_ _ anos	_ _ anos	_ _ anos
_ _ meses	_ _ meses	_ _ meses	_ _ meses	_ _ meses
_ _ dias	_ _ dias	_ _ dias	_ _ dias	_ _ dias
99. NS/NR	99. NS/NR	99. NS/NR	99. NS/NR	99. NS/NR



C4 03. **Dificulta(ou)** a realização de suas **atividades escolares?**

<b>(a) deficiência visual</b>	<b>(b) deficiência auditiva</b>	<b>(c) dificuldade de andar</b>	<b>(d) limitação nas funções mentais</b>	<b>(e) dificuldade de pegar coisas</b>
0. não 1. sim 2. não se aplica 9. NS/NR	0. não 1. sim 2. não se aplica 9. NS/NR	0. não 1. sim 2. não se aplica 9. NS/NR	0. não 1. sim 2. não se aplica 9. NS/NR	0. não 1. sim 2. não se aplica 9. NS/NR

C4 04. **Dificulta(ou)** a realização de suas **atividades de trabalho?**

<b>(a) deficiência visual</b>	<b>(b) deficiência auditiva</b>	<b>(c) dificuldade de andar</b>	<b>(d) limitação nas funções mentais</b>	<b>(e) dificuldade de pegar coisas</b>
0. não 1. sim 2. não se aplica 9. NS/NR	0. não 1. sim 2. não se aplica 9. NS/NR	0. não 1. sim 2. não se aplica 9. NS/NR	0. não 1. sim 2. não se aplica 9. NS/NR	0. não 1. sim 2. não se aplica 9. NS/NR

C4 05. **Dificulta(ou)** a realização de suas **atividades de lazer?**

<b>(a) deficiência visual</b>	<b>(b) deficiência auditiva</b>	<b>(c) dificuldade de andar</b>	<b>(d) limitação nas funções mentais</b>	<b>(e) dificuldade de pegar coisas</b>
0. não 1. sim 2. não se aplica 9. NS/NR	0. não 1. sim 2. não se aplica 9. NS/NR	0. não 1. sim 2. não se aplica 9. NS/NR	0. não 1. sim 2. não se aplica 9. NS/NR	0. não 1. sim 2. não se aplica 9. NS/NR

C4 06. Faz com que o(a) Sr.(a)/você necessite de ajuda para suas **atividades de rotina** (tais como: limpeza da casa, preparo de alimentos, compras, pagar contas, ir ao banco etc.)?

<b>(a) deficiência visual</b>	<b>(b) deficiência auditiva</b>	<b>(c) dificuldade de andar</b>	<b>(d) limitação nas funções mentais</b>	<b>(e) dificuldade de pegar coisas</b>
0. não 1. sim 2. não se aplica 9. NS/NR	0. não 1. sim 2. não se aplica 9. NS/NR	0. não 1. sim 2. não se aplica 9. NS/NR	0. não 1. sim 2. não se aplica 9. NS/NR	0. não 1. sim 2. não se aplica 9. NS/NR

C4 07. Faz com que o(a) Sr.(a)/você necessite de ajuda para seus **cuidados pessoais** (tais como: tomar banho, vestir-se, alimentar-se etc.)?

(a) deficiência visual	(b) deficiência auditiva	(c) dificuldade de andar	(d) limitação nas funções mentais	(e) dificuldade de pegar coisas
0. não	0. não	0. não	0. não	0. não
1. sim	1. sim	1. sim	1. sim	1. sim
9. NS/NR	9. NS/NR	9. NS/NR	9. NS/NR	9. NS/NR

C4 08. Faz com que o(a) Sr.(a)/você necessite de **cadeira de rodas, cadeira de banho, muleta, andador, bengala, calçados especiais, palmilhas especiais, aparelhos auditivos, óculos/lentes de contatos, lupas ou alguma órtese ou prótese?**

(a) deficiência visual	(b) deficiência auditiva	(c) dificuldade de andar	(d) limitação nas funções mentais	(e) dificuldade de pegar coisas
0. não (pular para C4 12.)	0. não (pular para C4 12.)	0. não (pular para C4 12.)	0. não (pular para C4 12.)	0. não (pular para C4 12.)
1. sim	1. sim	1. sim	1. sim	1. sim
9. NS/NR(pular para C4 12.)	9. NS/NR(pular para C4 12.)	9. NS/NR(pular para C4 12.)	9. NS/NR(pular para C4 12.)	9. NS/NR(pular para C4 12.)

C4 08.1. Faz com que o(a) Sr.(a)/você necessite de qual equipamento? (+1)

(a) deficiência visual	(b) deficiência auditiva	(c) dificuldade de andar	(d) limitação nas funções mentais	(e) dificuldade de pegar coisas
1. cadeira de rodas	1. cadeira de rodas	1. cadeira de rodas	1. cadeira de rodas	1. cadeira de rodas
2. cadeira de banho	2. cadeira de banho	2. cadeira de banho	2. cadeira de banho	2. cadeira de banho
3. muleta	3. muleta	3. muleta	3. muleta	3. muleta
4. andador	4. andador	4. andador	4. andador	4. andador
5. bengala	5. bengala	5. bengala	5. bengala	5. bengala
6. calçados especiais	6. calçados especiais	6. calçados especiais	6. calçados especiais	6. calçados especiais
7. palmilhas especiais	7. palmilhas especiais	7. palmilhas especiais	7. palmilhas especiais	7. palmilhas especiais
8. aparelhos auditivos	8. aparelhos auditivos	8. aparelhos auditivos	8. aparelhos auditivos	8. aparelhos auditivos
9. óculos/lentes de contato	9. óculos/lentes de contato	9. óculos/lentes de contato	9. óculos/lentes de contato	9. óculos/lentes de contato
10. lupas	10. lupas	10. lupas	10. lupas	10. lupas
11. outra órtese ou prótese	11. outra órtese ou prótese	11. outra órtese ou prótese	11. outra órtese ou prótese	11. outra órtese ou prótese
99. NS/NR	99. NS/NR	99. NS/NR	99. NS/NR	99. NS/NR

C4 09. O(a) Sr.(a)/você conseguiu todos os dispositivos e equipamentos que necessita?

(a) deficiência visual	(b) deficiência auditiva	(c) dificuldade de andar	(d) limitação nas funções mentais	(e) dificuldade de pegar coisas
0. não	0. não	0. não	0. não	0. não
1. sim (pular para C4 12.)	1. sim (pular para C4 12.)	1. sim (pular para C4 12.)	1. sim (pular para C4 12.)	1. sim (pular para C4 12.)
9. NS/NR	9. NS/NR	9. NS/NR	9. NS/NR	9. NS/NR

C4 10. Qual(is) **NÃO** conseguiu? (+1)

<b>(a) deficiência visual</b>	<b>(b) deficiência auditiva</b>	<b>(c) dificuldade de andar</b>	<b>(d) limitação nas funções mentais</b>	<b>(e) dificuldade de pegar coisas</b>
1. cadeira de rodas	1. cadeira de rodas	1. cadeira de rodas	1. cadeira de rodas	1. cadeira de rodas
2. cadeira de banho	2. cadeira de banho	2. cadeira de banho	2. cadeira de banho	2. cadeira de banho
3. muleta	3. muleta	3. muleta	3. muleta	3. muleta
4. andador	4. andador	4. andador	4. andador	4. andador
5. bengala	5. bengala	5. bengala	5. bengala	5. bengala
6. calçados especiais	6. calçados especiais	6. calçados especiais	6. calçados especiais	6. calçados especiais
7. palmilhas especiais	7. palmilhas especiais	7. palmilhas especiais	7. palmilhas especiais	7. palmilhas especiais
8. aparelhos auditivos	8. aparelhos auditivos	8. aparelhos auditivos	8. aparelhos auditivos	8. aparelhos auditivos
9. óculos	9. óculos	9. óculos	9. óculos	9. óculos
10. lupas	10. lupas	10. lupas	10. lupas	10. lupas
11. outra órtese ou prótese	11. outra órtese ou prótese	11. outra órtese ou prótese	11. outra órtese ou prótese	11. outra órtese ou prótese
99. NS/NR	99. NS/NR	99. NS/NR	99. NS/NR	99. NS/NR

C4 11. Se **não** conseguiu, **por quê?** (+1)

<b>(a) deficiência visual</b>	<b>(b) deficiência auditiva</b>	<b>(c) dificuldade de andar</b>	<b>(d) limitação nas funções mentais</b>	<b>(e) dificuldade de pegar coisas</b>
1. dificuldades financeiras	1. dificuldades financeiras	1. dificuldades financeiras	1. dificuldades financeiras	1. dificuldades financeiras
2. não tinha transporte adequado	2. não tinha transporte adequado	2. não tinha transporte adequado	2. não tinha transporte adequado	2. não tinha transporte adequado
3. teve dificuldades em conseguir atendimento	3. teve dificuldades em conseguir atendimento	3. teve dificuldades em conseguir atendimento	3. teve dificuldades em conseguir atendimento	3. teve dificuldades em conseguir atendimento
4. não tinha alguém para levar	4. não tinha alguém para levar	4. não tinha alguém para levar	4. não tinha alguém para levar	4. não tinha alguém para levar
5. tinha fila de espera	5. tinha fila de espera	5. tinha fila de espera	5. tinha fila de espera	5. tinha fila de espera
6. não tinha o material adaptado para sua necessidade	6. não tinha o material adaptado para sua necessidade	6. não tinha o material adaptado para sua necessidade	6. não tinha o material adaptado para sua necessidade	6. não tinha o material adaptado para sua necessidade
7. outros	7. outros	7. outros	7. outros	7. outros
9. NS/NR	9. NS/NR	9. NS/NR	9. NS/NR	9. NS/NR

**C4 12. O que provocou a(s) sua(s) deficiência(s)? (+1)**

<b>(a) deficiência visual</b>	<b>(b) deficiência auditiva</b>	<b>(c) dificuldade de andar</b>	<b>(d) limitação nas funções mentais</b>	<b>(e) dificuldade de pegar coisas</b>
1. doença	1. doença	1. doença	1. doença	1. doença
2. nascença (ou presente desde o nascimento)	2. nascença (ou presente desde o nascimento)	2. nascença (ou presente desde o nascimento)	2. nascença (ou presente desde o nascimento)	2. nascença (ou presente desde o nascimento)
3. violência/ agressão	3. violência/ agressão	3. violência/ agressão	3. violência/ agressão	3. violência/ agressão
4. acidente sem especificação	4. acidente sem especificação	4. acidente sem especificação	4. acidente sem especificação	4. acidente sem especificação
5. acidente de trânsito	5. acidente de trânsito	5. acidente de trânsito	5. acidente de trânsito	5. acidente de trânsito
6. acidente de trabalho	6. acidente de trabalho	6. acidente de trabalho	6. acidente de trabalho	6. acidente de trabalho
7. acidente doméstico	7. acidente doméstico	7. acidente doméstico	7. acidente doméstico	7. acidente doméstico
8. por causa de idade/idade avançada	8. por causa de idade/idade avançada	8. por causa de idade/idade avançada	8. por causa de idade/idade avançada	8. por causa de idade/idade avançada
9. outros	9. outros	9. outros	9. outros	9. outros
99. NS/NR	99. NS/NR	99. NS/NR	99. NS/NR	99. NS/NR

**C4 13. Essa(s) deficiência(s) requer(em) algum tipo de assistência? (Ler as opções de resposta)**

<b>(a) deficiência visual</b>	<b>(b) deficiência auditiva</b>	<b>(c) dificuldade de andar</b>	<b>(d) limitação nas funções mentais</b>	<b>(e) dificuldade de pegar coisas</b>
1. não ( <b>pular para Bloco D</b> )	1. não ( <b>pular para Bloco D</b> )	1. não ( <b>pular para Bloco D</b> )	1. não ( <b>pular para Bloco D</b> )	1. não ( <b>pular para Bloco D</b> )
2. sim, ocasionalmente	2. sim, ocasionalmente	2. sim, ocasionalmente	2. sim, ocasionalmente	2. sim, ocasionalmente
3. sim, regularmente	3. sim, regularmente	3. sim, regularmente	3. sim, regularmente	3. sim, regularmente
9. NS/NR ( <b>pular p/ Bloco D</b> )	9. NS/NR ( <b>pular p/ Bloco D</b> )	9. NS/NR ( <b>pular p/ Bloco D</b> )	9. NS/NR ( <b>pular p/ Bloco D</b> )	9. NS/NR ( <b>pular p/ Bloco D</b> )

**C4 14. Que tipo de assistência? (+1)**

<b>(a) deficiência visual</b>	<b>(b) deficiência auditiva</b>	<b>(c) dificuldade de andar</b>	<b>(d) limitação nas funções mentais</b>	<b>(e) dificuldade de pegar coisas</b>
1. suporte para as atividades de rotina	1. suporte para as atividades de rotina	1. suporte para as atividades de rotina	1. suporte para as atividades de rotina	1. suporte para as atividades de rotina
2. suporte para cuidados pessoais	2. suporte para cuidados pessoais	2. suporte para cuidados pessoais	2. suporte para cuidados pessoais	2. suporte para cuidados pessoais
3. equipamento auxiliar para locomoção, audição ou visão	3. equipamento auxiliar para locomoção, audição ou visão	3. equipamento auxiliar para locomoção, audição ou visão	3. equipamento auxiliar para locomoção, audição ou visão	3. equipamento auxiliar para locomoção, audição ou visão
4. suporte de assistência social	4. suporte de assistência social	4. suporte de assistência social	4. suporte de assistência social	4. suporte de assistência social
5. automóvel adaptado	5. automóvel adaptado	5. automóvel adaptado	5. automóvel adaptado	5. automóvel adaptado
6. outros	6. outros	6. outros	6. outros	6. outros
9. NS/NR	9. NS/NR	9. NS/NR	9. NS/NR	9. NS/NR
<b>(respostas de 1 a 5 e 99 – pular para Bloco C4 15)</b>				

C4 14a. Especificar **outros**:

(a) deficiência visual	(b) deficiência auditiva	(c) dificuldade de andar	(d) limitação nas funções mentais	(e) dificuldade de pegar coisas
99. NS/NR	99. NS/NR	99. NS/NR	99. NS/NR	99. NS/NR

C4 15. Durante **pelo menos os últimos seis meses**, até que ponto você foi **limitado nas atividades que as pessoas costumam fazer?**  
**(Ler as opções de resposta)**

1. severamente limitado/a
2. limitado/a, mas não severamente
3. nada limitado/a
9. NS/NR

## BLOCO D - ACIDENTES E VIOLÊNCIA

### BLOCO D1 – ACIDENTES DE TRÂNSITO e DE TRABALHO

Agora vamos falar sobre acidentes de trânsito, seja como pedestre, condutor ou passageiro em qualquer tipo de veículo terrestre (carro, moto, ônibus, bicicleta, entre outros – patinete, carroça etc).

D1 01. Nos últimos 12 meses, o Sr.(a)/você sofreu algum acidente de trânsito?

0. não (pular para Bloco D1 13.)

1. sim

9. NS/NR (pular para Bloco D1 13.)

D1 02. Nos últimos 12 meses, quantos acidentes de trânsito o Sr.(a)/você sofreu?

|\_|\_|

99. NS/NR

D1 03. No acidente de trânsito **mais grave** ocorrido nos últimos 12 meses, o Sr.(a)/você era condutor, passageiro ou pedestre?

1. condutor

2. passageiro

3. pedestre (pular para D1 05.)

4. outro (pular para D1 06.)

9. NS/NR (pular para D1 06.)

D1 03a. Qual era o **tipo de veículo** no qual o Sr.(a)/você estava?

1. carro

2. ônibus

3. caminhão

4. motocicleta

5. bicicleta

6. micro-ônibus / van

7. outro

9. NS/NR

D1 04. O choque ou a colisão ocorreu **com que veículo ou objeto**?

1. carro

2. ônibus

3. caminhão

4. motocicleta

5. bicicleta

6. micro-ônibus / van

7. outro

9. NS/NR

(todos pular para D1 06.)

**D1 05. O Sr.(a)/você foi atropelado por que tipo de veículo?**

1. carro
2. ônibus
3. caminhão
4. motocicleta
5. bicicleta
6. micro-ônibus/van
7. outro
9. NS/NR

**D1 06. Quem removeu o Sr.(a)/você do local do acidente?**

1. não precisou ser removido
2. SAMU
3. bombeiros
4. equipe de resgate do setor privado (particular ou convênio)
5. equipe de resgate da concessionária da rodovia
6. foi por conta própria OU um particular o removeu
7. outro
9. NS/NR

**D1 07. Onde o Sr.(a)/você recebeu o primeiro atendimento de saúde?**

1. não precisou de atendimento de saúde
2. no local do acidente
3. unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
4. policlínica pública, PAM (Posto de assistência médica) ou Ambulatório de Especialidades público
5. pronto socorro ou emergência de hospital público | UPA (Unidade de Pronto Atendimento) ou outro tipo de pronto atendimento público 24 horas.
6. consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado
7. pronto atendimento ou emergência de hospital privado
8. no domicílio
9. outro
99. NS/NR

**D1 08. O Sr.(a)/você teve alguma **lesão corporal ou ferimento** provocado por esse acidente?**

0. não (**pular para D1 13.**)
1. sim
9. NS/NR

**D1 09. Os problemas de saúde ocasionados por esse acidente **limitaram** suas atividades habituais?**

0. não (**pular para D1 11.**)
1. sim
9. NS/NR (**pular para D1 11.**)

D1 09.a. Por **quantos dias**?

|\_|\_|

99. NS/NR

D109b. Essa limitação é permanente?

0. não

1. sim

9. NS/NR

D1 10. Precisou ficar **acamado**?

0. não (**pular para D1 11.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para D1 11.**)

D1 10.a. Por **quantos dias**?

|\_|\_|

99. NS/NR

**D1 11.** O Sr.(a)/você precisou ser **internado por 24 horas ou mais** por causa desse acidente?

0. não (**pular para D1 12.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para D1 12.**)

D1 11.a. Por **quantos dias**?

|\_|\_|

99. NS/NR

D1 12. O Sr.(a)/você teve ou tem alguma **sequela e/ou incapacidade** decorrente desse acidente?

0. não

1. sim

9. NS/NR

***Agora vamos falar sobre acidentes de trabalho***

**D1 13.** Nos **últimos doze meses**, o Sr.(a)/você se envolveu em algum **acidente de trabalho** (*sem considerar os acidentes de trânsito e/ou de deslocamento para o trabalho*)?

0. não (**pular para D2 01.**)

1. sim

3. NS/NR (**pular para D2 01.**)

D1 13.a. Se sim, **quantos**?

|\_|\_|

99. NS/NR

D1 14. Como consequência desse acidente de trabalho, o(a) Sr.(a)/você **deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais** (trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à escola etc.)? (*Se houver mais de um, considere o mais grave*)

0. não

1. sim

9. NS/NR



## BLOCO D2 - QUEDAS

*Não é raro nós cairmos, sofrermos quedas, em casa, na rua, ao tropeçarmos, escorregarmos ou por sofrermos alguma tontura ou desmaio. Algumas dessas quedas podem não provocar ferimentos, mas outras podem prejudicar muito a nossa saúde.*

**D2 01.** Nos últimos 12 meses, o(a)Sr.(a)/você sofreu alguma queda, seja leve ou grave?

0. não (**pular para Bloco D3.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para Bloco D3.**)

D2 01.a. Nos últimos 12 meses, **quantas vezes caiu?**

|\_|\_|

99. NS/NR

**D2 02.** Em relação à queda **mais grave** que o(a)Sr.(a)/você sofreu **nos últimos 12 meses**, em que local essa queda ocorreu?

1. no domicílio: no quarto, banheiro; cozinha; quintal ou outro local

2. no trabalho

3. na rua/calçada

4. na escola

5. no clube, em praça de esporte, academia, parque

6. estação de trem / metrô

7. terminais e ponto de ônibus/lotação

8. outro local

9. NS/NR

D2 02.a Se outro, qual?

---

9999. NS/NR

**D2 03.** Em relação à queda **mais grave** que o(a)Sr.(a)/você sofreu **nos últimos 12 meses**, você caiu de onde?

1. mesmo nível

2. buraco

3. cama

4. cadeira/sofá

5. outra mobília

6. escada/degrau

7. árvore

8. andaime

9. prédio/telhado/laje/janela

10. outro

99. NS/NR

**D2 04.** A queda **ocorreu por causa de** um desmaio ou tontura ou porque escorregou ou tropeçou?

0. não

1. desmaiou ou teve tontura

2. escorregou ou tropeçou

9. NS/NR

D2 05. Na ocasião da queda, o(a)Sr.(a)/você **estava usando celular ou outro aparelho eletrônico** (falando/lendo/assistindo/ouvindo)?

- 0. não
- 1. sim
- 9. NS/NR

D2 06. **Quem removeu** o Sr.(a)/você no local da queda?

- 1. não precisou ser removido(a)
- 2. SAMU
- 3. bombeiros
- 4. equipe de resgate do setor privado (particular ou convênio)
- 5. equipe de resgate da concessionária da rodovia
- 6. foi por conta própria OU um particular o levou
- 7. outro
- 99. NS/NR

D2 07. **Onde** o Sr.(a)/você **recebeu o primeiro atendimento** de saúde?

- 1. não precisou de atendimento de saúde
- 2. no local do acidente
- 3. unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
- 4. policlínica pública, PAM (Posto de assistência médica) ou Centro de especialidades público
- 5. pronto socorro ou emergência de hospital público | UPA (Unidade de Pronto Atendimento), ou outro tipo de pronto atendimento público 24 horas
- 6. consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado
- 7. pronto atendimento ou emergência de hospital privado
- 8. no domicílio
- 9. outro
- 99. NS/NR

D2 08. O(a) Sr.(a)/você sofreu alguma **lesão** com essa queda?

- 0. não **(pular para D2 09.)**
- 1. sim
- 9. NS/NR **(pular para D2 09.)**

D2 08.a. Qual a principal **lesão e local do corpo**?

---

99. NS/NR

**D2 09.** Essa queda **limitou** as suas atividades habituais?

- 0. não **(pular para D2 12.)**
- 1. sim
- 9. NS/NR **(pular para D2 12.)**

D2 09.a. Por **quanto tempo**?      |\_\_|\_\_| meses      |\_\_|\_\_| dias      99. NS/NR

D2 10. Precisou ficar **acamado**?

0. não (**pular para D2 11.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para D2 11.**)

D2 10.a. Por **quantos dias**?

|\_\_|\_\_|      99. NS/NR

**D2 11.** Por causa dessa queda, o(a) Sr.(a)/você precisou ser **internado(a) por 24 horas ou mais**?

0. não (**pular para D2 12.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para D2 12.**)

D2 11.a. Por **quantos dias**?

|\_\_|\_\_|      99. NS/NR

**D2 12.** O(a)Sr.(a)/você teve ou tem alguma **sequela ou incapacidade** decorrente desse acidente?

0. não

1. sim

9. NS/NR

<b>PESSOAS COM MENOS DE 60 ANOS PULAR PARA BLOCO D3.</b>
--

D2 13. O(a)Sr.(a)/você tem **medo de cair**, de sofrer quedas? Se sim, tem muito ou pouco medo? (*Ler as opções de resposta*)

1. não (**pular para D2 15.**)

2. sim, um pouco

3. sim, muito

9. NS/NR (**pular para D2 15.**)

D2 14. Esse medo de cair passou a **limitar ou atrapalhar ou dificultar** as suas atividades do dia a dia? Quanto?  
(*Ler as opções de resposta*)

1. não limita nada

2. limita um pouco

3. limita muito

9. NS/NR

**D2 15.** O(a)Sr.(a)/você fez alguma **adaptação no seu domicílio para se prevenir** de quedas?

0. não

1. sim

9. NS/NR

D2 15a. Qual adaptação no seu domicílio o(a) Sr.(a)/você fez para se prevenir de quedas? (+1)

1. suportes / apoios no banheiro e outros cômodos

2. melhorou iluminação

3. corrimão nas escadas

4. retirou tapetes que não eram aderentes

5. outras

9. NS/NR

## BLOCO D3 - OUTRO TIPO DE ACIDENTE

**D3 01.** Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a)/você sofreu algum **outro tipo de acidente**, como queimaduras, cortes, ou outros tipos, em casa, na rua ou no trabalho?

0. não (**pular para Bloco D4**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para Bloco D4**)

D3 01.a. **Quantas vezes?**

|\_|\_|

99. NS/NR

D3 02. Em relação ao acidente **mais grave** ocorrido **nos últimos 12 meses**, em que **local** ele ocorreu?

1. no domicílio

2. no trabalho

3. na rua

4. na escola

5. no clube, em praça de esporte, academia

6. outro local

9. NS/NR

D3 03. Que **tipo** de acidente foi?

1. queimadura

2. afogamento

3. envenenamento/intoxicação

4. ferimento com arma branca (faca, estilete, caco de vidro, martelo etc.)

5. ferimento por arma de fogo

6. entorse

7. queda de objetos pesados

8. mordedura de animal

9. outro

99. NS/NR

(2 a 99 pular para D3 04.)

D3 03.a. No caso de **queimadura**, qual foi a **causa**?

1. fogo/incêndio – curto-circuito

2. fogo/incêndio – gás, álcool, removedor ou outro produto inflamável

3. objeto quente – panela, ferro de passar, chapinha, *babylliss*, escapamento de motocicleta etc.

4. líquido quente/vapor – água, chá, café etc.

5. substância corrosiva – soda cáustica, produtos de limpeza, ácidos, diluentes etc.

6. outros

9. NS/NR

D3 04. Quem removeu o Sr.(a)/você no local do acidente?

1. não precisou ser removido(a)
2. SAMU
3. bombeiros
4. equipe de resgate do setor privado (particular ou convênio)
5. equipe de resgate da concessionária da rodovia
6. foi por conta própria OU um particular o levou
7. outro
9. NS/NR

D3 05. Onde o(a) Sr.(a)/você recebeu o primeiro atendimento de saúde?

1. não precisou de atendimento
2. no local do acidente
3. unidade básica de saúde (UBS)
4. atendimento médico ambulatorial (AMA)
5. UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público
6. ambulatório de hospital público
7. consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado
8. pronto atendimento ou emergência de hospital privado
9. no domicílio
10. outro
99. NS/NR

D3 06. Qual a principal lesão que esse acidente provocou?

---

---

99. NS/NR

D3 07. O (a) Sr.(a)/você precisou ser internado(a) por 24 horas ou mais?

0. não                      1. sim                      9. NS/NR

D3 08. Esse acidente limitou as suas atividades habituais?

0. não (pular para D3 09.)  
1. sim  
9. NS/NR (pular para D3 09.)

D3 08.a. Durante quantos dias?

|\_|\_|                      99. NS/NR

D3 09. Precisou ficar acamado(a)?

0. não (pular para D3 10.)  
1. sim  
9. NS/NR (pular para D3 10.)

D3 09.a. Por **quantos dias**?

|\_|\_|

99. NS/NR

D3 10. O (a) Sr.(a)/você teve ou tem alguma **sequela** ou incapacidade decorrente desse acidente?

0. não (**pular para Bloco D4**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para Bloco D4**)

D3 10.a. Se sim, **qual(is)**?

---

99. NS/NR

<b>BLOCO D4 – VIOLÊNCIA</b>
-----------------------------

*Agora serão feitas perguntas sobre algumas situações que você pode ter vivido, nos últimos 12 meses, em suas relações pessoais ou em comunidade que podem afetar a sua qualidade de vida e as suas condições de saúde*

**D4 01. Nos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a)/você viveu alguma situação como insulto, humilhação, extorsão** (alguém lhe tirou dinheiro ou outro bem), **ameaça** (inclusive virtual), **ferimento** por algum tipo de arma ou agressão física?

0. não (**pular para D4 11.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para D4 11.**)

D4 02. Dentre as situações que o(a) Sr.(a)/você viveu nos últimos 12 meses, qual foi a **mais grave**?

1. alguém o(a) insultou, humilhou ou xingou

2. alguém o(a) ameaçou, amedrontou ou perseguiu

3. alguma autoridade o ameaçou para tirar-lhe algum dinheiro ou objeto de valor ou propriedade

4. você sofreu alguma agressão física (tapa, soco, pontapé, chute, empurrão, etc.)

5. você foi ferido por arma de fogo como revólver

6. você foi ferido por faca ou outro tipo de arma ou objeto que lhe foi atirado

7. o(s) evento(s) sofrido(s) não foi(ram) considerado(s) grave(s)

8. extorsão (alguém lhe tirou dinheiro ou outro bem)

9. outro

99. NS/NR

D4 02.a. Se outro, qual?

---

99. NS/NR

D4 03. Em que **local** esta situação **mais grave** ocorreu?

1. residência
2. trabalho
3. escola, faculdade ou outro estabelecimento de ensino
4. bar, restaurante ou similar
5. via pública ou outro local público
6. internet, redes sociais, celular
7. outro local
99. NS/NR

D4 03.a Se outro, qual?

---

---

99. NS/NR

D4 04. Nesta situação **mais grave, quem cometeu o ato?** (+1)

1. bandido, ladrão ou assaltante
2. agente legal público (polícia, marinha, exército, aeronáutica)
3. outro desconhecido
4. cônjuge, companheiro(a), namorado(a)
5. ex-cônjuge, ex-companheiro(a), ex-namorado(a)
6. pai/mãe
7. padrasto/madrasta
8. filho(a)
9. irmão(ã)
10. outro parente
11. amigos(as)/colegas
12. patrão/chefe
13. cuidador
14. outra pessoa conhecida
15. professor(a), diretor(a), aluno(a)
16. vizinho(a)
17. autoagressão
99. NS/NR

D4 05. Esta situação provocou alguma **lesão** ou problema de saúde (físico ou mental)?

0. não                      1. sim                      9. NS/NR

D4 06. O(s) problema(s) de saúde decorrente(s) dessa situação **limitou/limitaram** suas atividades do dia a dia?

0. não                      1. sim                      9. NS/NR

D4 07. Precisou ficar **acamado(a)**?

0. não (**pular para D4 08.**)
1. sim
9. NS/NR (**pular para D4 08.**)

D4 07.a. Por **quanto tempo**?

|\_\_|\_\_| dias

|\_\_|\_\_| meses

|\_\_|\_\_| anos

99. NS/NR

D4 08. O(a) Sr.(a)/você recebeu **assistência de algum profissional de saúde** por causa dessa situação, como acolhimento, resolução da queixa apresentada, seguimento?

0. não (**pular para D4 10.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para D4 10.**)

D4 09. Por causa desta situação, o(a) Sr.(a)/você precisou ser **internado(a)** por 24 horas ou mais?

0. não

1. sim

9. NS/NR

D4 10. O(a) Sr.(a)/você teve ou tem alguma **sequela** e/ou incapacidade decorrente desta situação?

0. não

1. sim

9. NS/NR

***Para ser respondida pelo(a) entrevistador(a)***

D4 11. O/A entrevistado/a estava sozinho(a) quando respondeu este bloco?

0. não

1. sim





**E 12.** Tem tido dificuldades para tomar decisões?

0. não

1. sim

9. NS/NR

**E 13.** Tem tido dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?

0. não

1. sim

9. NS/NR

**E 14.** É incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida?

0. não

1. sim

9. NS/NR

**E 15.** Tem perdido o interesse pelas coisas?

0. não

1. sim

9. NS/NR

**E 16.** Tem se sentido uma pessoa inútil, sem préstimo?

0. não

1. sim

9. NS/NR

**E 17.** Tem tido a ideia de acabar com a vida?

0. não

1. sim

9. NS/NR

**E 18.** Tem se sentido-cansado(a) o tempo todo?

0. não

1. sim

9. NS/NR

**E 19.** Tem tido sensações desagradáveis no estômago?

0. não

1. sim

9. NS/NR

**E 20.** Tem se cansado com facilidade?

0. não

1. sim

9. NS/NR

## BLOCO F – SAÚDE E BEM-ESTAR

**F1 01. Em geral, o(a) Sr.(a)/você** diria que sua saúde é: *(Ler as opções de resposta)*

1. excelente/muito boa
2. boa
3. regular
4. ruim
5. muito ruim
9. NS/NR

**F1 02. Comparado a um ano atrás, como o(a) Sr.(a)/você** classificaria sua saúde em geral, agora? *(Ler as opções de resposta)*

1. muito melhor agora do que há um ano
2. um pouco melhor agora do que há um ano
3. quase a mesma de um ano atrás
4. um pouco pior agora do que há um ano
5. muito pior agora do que há um ano
9. NS/NR

**BLOCO G – USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

**BLOCO G1 – CONSULTA MÉDICA**

**G1 01.** Quando o(a) Sr.(a)/você consultou o **médico(a)** pela última vez?

1. nas duas últimas semanas
2. entre 15 dias e um mês
3. mais de 1 mês a 6 meses
4. mais de 6 meses a 1 ano
5. mais de 1 ano a 3 anos **(pular para G1 03.)**
6. mais de 3 anos **(pular para G1 03.)**
7. nunca consultou **(pular para G1 17.)**
9. NS/NR **(pular para G1 03.)**

**G1 02.** Nos últimos doze meses, quantas vezes o(a) Sr.(a)/você consultou o(a) médico(a) ?

|\_\_|\_\_| vezes

99. NS/NR

**Em relação à ÚLTIMA VEZ que realizou uma consulta médica:**

**G1 03.** Qual foi o **principal motivo** pelo qual o(a) Sr.(a)/você consultou o(a) médico(a) nessa última vez?

1. doença/problema de saúde que surgiu (consulta inicial)
2. doença/ problema de saúde crônico (consulta de acompanhamento/controle)
3. lesão provocada por acidente ou violência **(pular para G1 03b.)**
4. doença/problema de saúde mental
5. consulta de rotina **(pular para G1 04.)**
6. outro motivo **(pular para G1 03d.)**
9. NS/NR **(pular para G1 04.)**

**G1 03a.** Qual foi a **principal doença** que o(a) levou a procurar o serviço?

99. NS/NR

**(pular para G1 04.)**

**G1 03b.** Que tipo de **acidente ou violência** provocou essa lesão? **(+1)**

1. queda
2. acidente de trânsito
3. queimadura
4. envenenamento
5. agressão/maus tratos
6. ferimento por arma de fogo
7. ferimento por arma branca
8. mordedura de animal
9. violência sexual
10. lesão autoprovocada
11. outro tipo de acidente ou violência
99. NS/NR

G1 03c. Qual foi o **principal tipo de lesão** que o(a) levou a procurar o serviço?

\_\_\_\_\_ (pular para G1 04.)

99. NS/NR

G1 03d. Se outro motivo, qual?

99. NS/NR

**G1 04. Onde** você fez essa **última consulta** médica? (*Ler as opções de resposta*)

1. unidade básica de saúde (UBS)
2. pronto-atendimento/pronto socorro/emergência/AMA/UPA/serviço de urgência em hospital
3. ambulatório de especialidades / AMA Especialidades / AME/hospital-dia/ambulatório especializado em hospital
4. consultório privado ou clínica particular
5. consulta domiciliar
6. serviços de saúde mental/CAPS
7. teleconsulta
8. outro
99. NS/NR

G1 05. Você teve **algum tipo de dificuldade para realizar** essa **consulta médica**?

0. não (**pular para G1 06.**)
1. sim
9. NS/NR (**pular para G1 06.**)

G1 05a. Se sim, **quais as dificuldades?** (+1)

1. demorou o agendamento
  2. não conseguia marcar
  3. não sabia onde ir
  4. outras
  9. NS/NR
- } (1 a 3 e 9 pular pra G1 06)

G1 05a.1. Se outras, especificar:

99. NS/NR

**G1 06. O(a) Sr.(a)/você** precisou **marcar essa consulta com antecedência**?

0. não (**pular para G1 08**)
1. sim
9. NS/NR (**pular para a G1 08**)

G1 07. **Quanto tempo demorou** desde que procurou o atendimento até ser atendido nessa consulta?

1. até duas semanas
2. mais de duas semanas a 1 mês
3. mais de 1 mês a 3 meses
4. mais de 3 meses a 6 meses
5. mais de 6 meses a 1 ano
6. mais de 1 a 3 anos
7. mais de 3 anos
8. ainda não chegou a data da consulta
9. ainda não conseguiu agendar
99. NS/NR

G1 08. Quem **cobriu** os gastos deste atendimento?

1. SUS
2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional
3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento)
4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares
5. outro
9. NS/NR

G1 09. Nesse atendimento foi **solicitado algum tipo de exame?**

0. não (**pular para G1 10.**)
1. sim
9. NS/NR (**pular para G1 10.**)

G1 09a. Qual **tipo de exame?** (+1)

1. exame laboratorial (sangue, urina e outros)
2. exame radiológico (RX, mamografia, cateterismo e outros)
3. exame de imagem (tomografia, ultrassom, ressonância e outros)
4. exame gráfico (eletrocardiograma, eletroencefalograma e outros)
5. exame endoscópicos (endoscopia digestiva alta, colonoscopia, broncoscopia e outros)
9. NS/NR

**RESPONDER AS QUESTÕES G1 09b., G1 09c. e G1 09d. para cada um dos exames citados na questão anterior.**

<b>Exame(s) laboratorial(is)</b> G1 09b.1. Esse(s) exame(s) laboratorial(is) foi (foram) realizados?	<b>G1 09c.1. Quanto tempo demorou</b> desde a solicitação até <b>realizar</b> o exame?	<b>G1 09d.1. Quem cobriu</b> os gastos deste(s) exame(s)? (+1)
1. sim, foi realizado 2. não, mas foi agendado ( <b>pular para G1 10.</b> ) 3. não e ainda não foi agendado ( <b>pular para G1 10.</b> ) 9. NS/NR ( <b>pular para G1 10.</b> )	1. até duas semanas 2. mais de duas semanas até 1 mês 3. mais de 1 mês a 3 meses 4. mais de 3 meses a 6 meses 5. mais de 6 meses a 1 ano 6. mais de 1 ano a 3 anos 7. mais de 3 anos 9. NS/NR	1. SUS 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento) 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares 5. outro 9. NS/NR

**Exame(s) radiológico(s)**

G1 09b.2. Esse(s) exame(s) radiológico(s) foi (foram) realizados?	G1 09c.2. <b>Quanto tempo demorou</b> desde a solicitação até <b>realizar</b> o exame?	G1 09d.2. Quem <b>cobriu</b> os gastos deste(s) exame(s)? (+1)
1. sim, foi realizado 2. não, mas foi agendado ( <b>pular para G1 10.</b> ) 3. não e ainda não foi agendado ( <b>pular para G1 10.</b> ) 9. NS/NR ( <b>pular para G1 10.</b> )	1. até duas semanas 2. mais de duas semanas até 1 mês 3. mais de 1 mês a 3 meses 4. mais de 3 meses a 6 meses 5. mais de 6 meses a 1 ano 6. mais de 1 ano a 3 anos 7. mais de 3 anos 9. NS/NR	1. SUS 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento) 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares 5. outro 9. NS/NR

**Exame(s) de imagem(ns)**

G1 09b.3. Esse(s) exame(s) imagem(ns) foi (foram) realizados?	G1 09c.3. <b>Quanto tempo demorou</b> desde a solicitação até <b>realizar</b> o exame?	G1 09d.3. Quem <b>cobriu</b> os gastos deste(s) exame(s)? (+1)
1. sim, foi realizado 2. não, mas foi agendado ( <b>pular para G1 10.</b> ) 3. não e ainda não foi agendado ( <b>pular para G1 10.</b> ) 9. NS/NR ( <b>pular para G1 10.</b> )	1. até duas semanas 2. mais de duas semanas até 1 mês 3. mais de 1 mês a 3 meses 4. mais de 3 meses a 6 meses 5. mais de 6 meses a 1 ano 6. mais de 1 ano a 3 anos 7. mais de 3 anos 9. NS/NR	1. SUS 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento) 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares 5. outro 9. NS/NR

**Exame(s) gráfico(s)**

G1 09b.4. Esse(s) exame(s) gráfico(s) foi (foram) realizados?	G1 09c.4. <b>Quanto tempo demorou</b> desde a solicitação até <b>realizar</b> o exame?	G1 09d.4. Quem <b>cobriu</b> os gastos deste(s) exame(s)? (+1)
1. sim, foi realizado 2. não, mas foi agendado ( <b>pular para G1 10.</b> ) 3. não e ainda não foi agendado ( <b>pular para G1 10.</b> ) 9. NS/NR ( <b>pular para G1 10.</b> )	1. até duas semanas 2. mais de duas semanas até 1 mês 3. mais de 1 mês a 3 meses 4. mais de 3 meses a 6 meses 5. mais de 6 meses a 1 ano 6. mais de 1 ano a 3 anos 7. mais de 3 anos 9. NS/NR	1. SUS 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento) 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares 5. outro 9. NS/NR

**Exame(s) endoscópico(s)**

G1 09b.5. Esse(s) exame(s) endoscópico(s) foi (foram) realizados?	G1 09c.5. Quanto tempo demorou desde a solicitação até realizar o exame?	G1 09d.5. Quem cobriu os gastos deste(s) exame(s)? (+1)
1. sim, foi realizado 2. não, mas foi agendado ( <b>pular para G1 10.</b> ) 3. não e ainda não foi agendado ( <b>pular para G1 10.</b> ) 9. NS/NR ( <b>pular para G1 10.</b> )	1. até duas semanas 2. mais de duas semanas até 1 mês 3. mais de 1 mês a 3 meses 4. mais de 3 meses a 6 meses 5. mais de 6 meses a 1 ano 6. mais de 1 ano a 3 anos 7. mais de 3 anos 9. NS/NR	1. SUS 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento) 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares 5. outro 9. NS/NR

**G1 10.** Durante este atendimento o(a) Sr.(a)/você recebeu algum encaminhamento para médicos(as) especialistas?

0. não (**pular para G1 11.**)  
 1. sim  
 9. NS/NR (**pular para G1 11.**)

G1 10a. Quantos encaminhamentos para médicos(as) especialistas o(a) Sr.(a)/você recebeu?

|\_|\_|

99. NS/NR

G1 10b. Especificar para quais médicos(as) especialistas *(se mais de 5, relacionar os 5 inicialmente relatados)*:

Especialista 1: \_\_\_\_\_

Especialista 2: \_\_\_\_\_

Especialista 3: \_\_\_\_\_

Especialista 4: \_\_\_\_\_

Especialista 5: \_\_\_\_\_

99. NS/NR

**RESPONDER AS QUESTÕES G1 10c., G1 10d. e G1 10e. para cada especialista citado na questão anterior.**

**Especialista 1:**

G1 10c.1. Essa consulta do(a) especialista foi realizada?	G1 10d.1. Quanto tempo demorou desde que a consulta do especialista foi solicitada até ser realizada?	G1 10e.1. Quem cobriu os gastos deste atendimento com especialista?
1. sim, foi realizada 2. não, mas foi agendado ( <b>pular para G1 11.</b> ) 3. não e ainda não foi agendado ( <b>pular para G1 11.</b> ) 9. NS/NR ( <b>pular para G1 11.</b> )	1. até duas semanas 2. mais de duas semanas até 1 mês 3. mais de 1 mês a 3 meses 4. mais de 3 meses a 6 meses 5. mais de 6 meses a 1 ano 6. mais de 1 ano a 3 anos 7. mais de 3 anos 9. NS/NR	1. SUS 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento) 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares 5. outro 9. NS/NR



**Especialista 2:**

G1 10c.2. Essa consulta do(a) especialista foi realizada?	G1 10d.2. Quanto tempo demorou desde que a consulta do especialista foi solicitada até ser realizada?	G1 10e.2. Quem cobriu os gastos deste atendimento com especialista?
1. sim, foi realizada 2. não, mas foi agendado (pular para G1 11.) 3. não e ainda não foi agendado (pular para G1 11.) 9. NS/NR (pular para G1 11.)	1. até duas semanas 2. mais de duas semanas até 1 mês 3. mais de 1 mês a 3 meses 4. mais de 3 meses a 6 meses 5. mais de 6 meses a 1 ano 6. mais de 1 ano a 3 anos 7. mais de 3 anos 9. NS/NR	1. SUS 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento) 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares 5. outro 9. NS/NR

**Especialista 3:**

G1 10c.3. Essa consulta do(a) especialista foi realizada?	G1 10d.3. Quanto tempo demorou desde que a consulta do especialista foi solicitada até ser realizada?	G1 10e.3. Quem cobriu os gastos deste atendimento com especialista?
1. sim, foi realizada 2. não, mas foi agendado (pular para G1 11.) 3. não e ainda não foi agendado (pular para G1 11.) 9. NS/NR (pular para G1 11.)	1. até duas semanas 2. mais de duas semanas até 1 mês 3. mais de 1 mês a 3 meses 4. mais de 3 meses a 6 meses 5. mais de 6 meses a 1 ano 6. mais de 1 ano a 3 anos 7. mais de 3 anos 9. NS/NR	1. SUS 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento) 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares 5. outro 9. NS/NR

**Especialista 4:**

G1 10c.4. Essa consulta do(a) especialista foi realizada?	G1 10d.4. Quanto tempo demorou desde que a consulta do especialista foi solicitada até ser realizada?	G1 10e.4. Quem cobriu os gastos deste atendimento com especialista?
1. sim, foi realizada 2. não, mas foi agendado (pular para G1 11.) 3. não e ainda não foi agendado (pular para G1 11.) 9. NS/NR (pular para G1 11.)	1. até duas semanas 2. mais de duas semanas até 1 mês 3. mais de 1 mês a 3 meses 4. mais de 3 meses a 6 meses 5. mais de 6 meses a 1 ano 6. mais de 1 ano a 3 anos 7. mais de 3 anos 9. NS/NR	1. SUS 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento) 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares 5. outro 9. NS/NR

**Especialista 5:**

G1 10c.5. Essa consulta do(a) especialista foi realizada?	G1 10d.5. Quanto tempo demorou desde que a consulta do especialista foi solicitada até ser realizada?	G1 10e.5. Quem cobriu os gastos deste atendimento com especialista?
1. sim, foi realizada 2. não, mas foi agendado (pular para G1 11.) 3. não e ainda não foi agendado (pular para G1 11.) 9. NS/NR (pular para G1 11.)	1. até duas semanas 2. mais de duas semanas até 1 mês 3. mais de 1 mês a 3 meses 4. mais de 3 meses a 6 meses 5. mais de 6 meses a 1 ano 6. mais de 1 ano a 3 anos 7. mais de 3 anos 9. NS/NR	1. SUS 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento) 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares 5. outro 9. NS/NR

**G1 11.** Durante este atendimento o(a) Sr.(a)/você recebeu algum encaminhamento para outros profissionais de saúde?

0. não (pular para G1 12.)

1. sim

9. NS/NR (pular para G1 12.)

G1 11a. Quantos encaminhamentos para outros profissionais de saúde o(a) Sr.(a)/você recebeu?

|\_|\_|

99. NS/NR

G1 11b. Especificar para quais outros profissionais de saúde (se mais de 5, relacionar os 5 inicialmente relatados):

Profissional de saúde 1: \_\_\_\_\_

Profissional de saúde 2: \_\_\_\_\_

Profissional de saúde 3: \_\_\_\_\_

Profissional de saúde 4: \_\_\_\_\_

Profissional de saúde 5: \_\_\_\_\_

99. NS/NR

**RESPONDER AS QUESTÕES G1 11c., G1 11d. e G1 11e. para cada especialista citado na questão anterior.**

<b>Profissional de saúde 1:</b> G1 11c.1. Esse atendimento com outro profissional de saúde foi realizado?	G1 11d.1. Quanto tempo demorou desde que o atendimento deste outro profissional de saúde foi solicitado até ser realizado?	G1 11e.1. Quem cobriu os gastos deste atendimento com outro profissional de saúde?
1. sim, foi realizado 2. não, mas foi agendado (pular para G1 12.) 3. não e ainda não foi agendado (pular para G1 12.) 9. NS/NR (pular para G1 12.)	1. até duas semanas 2. mais de duas semanas até 1 mês 3. mais de 1 mês a 3 meses 4. mais de 3 meses a 6 meses 5. mais de 6 meses a 1 ano 6. mais de 1 ano a 3 anos 7. mais de 3 anos 9. NS/NR	1. SUS 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento) 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares 5. outro 9. NS/NR

**Profissional de saúde 2:**

G1 11c.2. Esse atendimento com outro profissional de saúde foi <b>realizado</b> ?	G1 11d.2. Quanto <b>tempo demorou</b> desde que o atendimento deste <b>outro profissional de saúde</b> foi solicitado até ser realizado?	G1 11e.2. <b>Quem cobriu os gastos</b> deste atendimento com <b>outro profissional de saúde</b> ?
1. sim, foi realizado 2. não, mas foi agendado ( <b>pular para G1 12.</b> ) 3. não e ainda não foi agendado ( <b>pular para G1 12.</b> ) 9. NS/NR ( <b>pular para G1 12.</b> )	1. até duas semanas 2. mais de duas semanas até 1 mês 3. mais de 1 mês a 3 meses 4. mais de 3 meses a 6 meses 5. mais de 6 meses a 1 ano 6. mais de 1 ano a 3 anos 7. mais de 3 anos 9. NS/NR	1. SUS 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento) 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares 5. outro 9. NS/NR

**Profissional de saúde 3:**

G1 11c.3. Esse atendimento com outro profissional de saúde foi <b>realizado</b> ?	G1 11d.3. Quanto <b>tempo demorou</b> desde que o atendimento deste <b>outro profissional de saúde</b> foi solicitado até ser realizado?	G1 11e.3. <b>Quem cobriu os gastos</b> deste atendimento com <b>outro profissional de saúde</b> ?
1. sim, foi realizado 2. não, mas foi agendado ( <b>pular para G1 12.</b> ) 3. não e ainda não foi agendado ( <b>pular para G1 12.</b> ) 9. NS/NR ( <b>pular para G1 12.</b> )	1. até duas semanas 2. mais de duas semanas até 1 mês 3. mais de 1 mês a 3 meses 4. mais de 3 meses a 6 meses 5. mais de 6 meses a 1 ano 6. mais de 1 ano a 3 anos 7. mais de 3 anos 9. NS/NR	1. SUS 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento) 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares 5. outro 9. NS/NR

**Profissional de saúde 4:**

G1 11c.4. Esse atendimento com outro profissional de saúde foi <b>realizado</b> ?	G1 11d.4. Quanto <b>tempo demorou</b> desde que o atendimento deste <b>outro profissional de saúde</b> foi solicitado até ser realizado?	G1 11e.4. <b>Quem cobriu os gastos</b> deste atendimento com <b>outro profissional de saúde</b> ?
1. sim, foi realizado 2. não, mas foi agendado ( <b>pular para G1 12.</b> ) 3. não e ainda não foi agendado ( <b>pular para G1 12.</b> ) 9. NS/NR ( <b>pular para G1 12.</b> )	1. até duas semanas 2. mais de duas semanas até 1 mês 3. mais de 1 mês a 3 meses 4. mais de 3 meses a 6 meses 5. mais de 6 meses a 1 ano 6. mais de 1 ano a 3 anos 7. mais de 3 anos 9. NS/NR	1. SUS 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento) 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares 5. outro 9. NS/NR

**Profissional de saúde 5:**

G1 11c.5. Esse atendimento com outro profissional de saúde foi <b>realizado</b> ?	G1 11d.5. Quanto <b>tempo demorou</b> desde que o atendimento deste <b>outro profissional de saúde</b> foi solicitado até ser realizado?	G1 11e.5. <b>Quem cobriu os gastos</b> deste atendimento com <b>outro profissional de saúde</b> ?
1. sim, foi realizado 2. não, mas foi agendado ( <b>pular para G1 12.</b> ) 3. não e ainda não foi agendado ( <b>pular para G1 12.</b> ) 9. NS/NR ( <b>pular para G1 12.</b> )	1. até duas semanas 2. mais de duas semanas até 1 mês 3. mais de 1 mês a 3 meses 4. mais de 3 meses a 6 meses 5. mais de 6 meses a 1 ano 6. mais de 1 ano a 3 anos 7. mais de 3 anos 9. NS/NR	1. SUS 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento) 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares 5. outro 9. NS/NR

**G1 12.** Durante este atendimento o(a) Sr.(a)/você recebeu algum **encaminhamento para** reabilitação?

0. não (**pular para G1 13.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para G1 13.**)

G1 12a. **Quantos encaminhamentos para** reabilitação o(a) Sr.(a)/você recebeu?

|\_|\_|

99. NS/NR

G1 12b. Especificar para quais tipos de reabilitação (*se mais de 5, relacionar os 5 inicialmente relatados*):

Tipo de reabilitação 1: \_\_\_\_\_

Tipo de reabilitação 2: \_\_\_\_\_

Tipo de reabilitação 3: \_\_\_\_\_

Tipo de reabilitação 4: \_\_\_\_\_

Tipo de reabilitação 5: \_\_\_\_\_

99. NS/NR

**RESPONDER AS QUESTÕES G1 12c., G1 12d. e G1 12e. para cada especialista citado na questão anterior.**

**Tipo de reabilitação 1:**

G1 12c.1. Esse atendimento de reabilitação foi <b>realizado</b> ?	G1 12d.1. Quanto <b>tempo demorou</b> desde que esse atendimento de reabilitação <b>foi</b> solicitado até ser realizado?	G1 12e.1. <b>Quem cobriu os gastos</b> deste atendimento com <b>reabilitação</b> ?
1. sim, foi realizado 2. não, mas foi agendado ( <b>pular para G1 13.</b> ) 3. não e ainda não foi agendado ( <b>pular para G1 13.</b> ) 9. NS/NR ( <b>pular para G1 13.</b> )	1. até duas semanas 2. mais de duas semanas até 1 mês 3. mais de 1 mês a 3 meses 4. mais de 3 meses a 6 meses 5. mais de 6 meses a 1 ano 6. mais de 1 ano a 3 anos 7. mais de 3 anos 9. NS/NR	1. SUS 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento) 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares 5. outro 9. NS/NR

**Tipo de reabilitação 2:**

G1 12c.2. Esse atendimento de reabilitação foi realizado?	G1 12d.2. Quanto <b>tempo demorou</b> desde que esse atendimento de reabilitação foi solicitado até ser realizado?	G1 12e.2. <b>Quem cobriu os gastos deste atendimento com reabilitação?</b>
1. sim, foi realizado 2. não, mas foi agendado ( <b>pular para G1 13.</b> ) 3. não e ainda não foi agendado ( <b>pular para G1 13.</b> ) 9. NS/NR ( <b>pular para G1 13.</b> )	1. até duas semanas 2. mais de duas semanas até 1 mês 3. mais de 1 mês a 3 meses 4. mais de 3 meses a 6 meses 5. mais de 6 meses a 1 ano 6. mais de 1 ano a 3 anos 7. mais de 3 anos 9. NS/NR	1. SUS 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento) 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares 5. outro 9. NS/NR

**Tipo de reabilitação 3:**

G1 12c.3. Esse atendimento de reabilitação foi realizado?	G1 12d.3. Quanto <b>tempo demorou</b> desde que esse atendimento de reabilitação foi solicitado até ser realizado?	G1 12e.3. <b>Quem cobriu os gastos deste atendimento com reabilitação?</b>
1. sim, foi realizado 2. não, mas foi agendado ( <b>pular para G1 13.</b> ) 3. não e ainda não foi agendado ( <b>pular para G1 13.</b> ) 9. NS/NR ( <b>pular para G1 13.</b> )	1. até duas semanas 2. mais de duas semanas até 1 mês 3. mais de 1 mês a 3 meses 4. mais de 3 meses a 6 meses 5. mais de 6 meses a 1 ano 6. mais de 1 ano a 3 anos 7. mais de 3 anos 9. NS/NR	1. SUS 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento) 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares 5. outro 9. NS/NR

**Tipo de reabilitação 4:**

G1 12c.4. Esse atendimento de reabilitação foi realizado?	G1 12d.4. Quanto <b>tempo demorou</b> desde que esse atendimento de reabilitação foi solicitado até ser realizado?	G1 12e.4. <b>Quem cobriu os gastos deste atendimento com reabilitação?</b>
1. sim, foi realizado 2. não, mas foi agendado ( <b>pular para G1 13.</b> ) 3. não e ainda não foi agendado ( <b>pular para G1 13.</b> ) 9. NS/NR ( <b>pular para G1 13.</b> )	1. até duas semanas 2. mais de duas semanas até 1 mês 3. mais de 1 mês a 3 meses 4. mais de 3 meses a 6 meses 5. mais de 6 meses a 1 ano 6. mais de 1 ano a 3 anos 7. mais de 3 anos 9. NS/NR	1. SUS 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento) 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares 5. outro 9. NS/NR

**Tipo de reabilitação 5:**

G1 12c.5. Esse atendimento de reabilitação foi realizado?	G1 12d.5. Quanto tempo demorou desde que esse atendimento de reabilitação foi solicitado até ser realizado?	G1 12e.5. Quem cobriu os gastos deste atendimento com reabilitação?
1. sim, foi realizado 2. não, mas foi agendado ( <b>pular para G1 13.</b> ) 3. não e ainda não foi agendado ( <b>pular para G1 13.</b> ) 9. NS/NR ( <b>pular para G1 13.</b> )	1. até duas semanas 2. mais de duas semanas até 1 mês 3. mais de 1 mês a 3 meses 4. mais de 3 meses a 6 meses 5. mais de 6 meses a 1 ano 6. mais de 1 ano a 3 anos 7. mais de 3 anos 9. NS/NR	1. SUS 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento) 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares 5. outro 9. NS/NR

**G1 13. Durante a sua última consulta, foi receitado algum remédio?**

- 0. não (**pular para G1 15.**)
- 1. sim
- 9. NS/NR (**pular para G1 15.**)

**G1 13a. O(a) Sr.(a)/você conseguiu os remédios receitados? (Ler as opções de resposta)**

- 1. sim, todos (**pular para G1 14.**)
- 2. sim, alguns
- 3. não
- 9. NS/NR (**pular para G1 14.**)

**G1 13b. Por que NÃO conseguiu alguns ou todos os remédios? (+1)**

- 1. estava em falta no SUS
- 2. estava em falta na rede privada
- 3. não tenho dinheiro para comprar
- 4. achou que não precisava
- 5. outro
- 9. NS/NR

**G1 14. Quem cobriu os gastos com os remédios? (+1)**

- 1. SUS
- 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional
- 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento)
- 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares
- 5. outro
- 9. NS/NR

G1 15. O que o(a) Sr.(a)/você achou do atendimento recebido? *(Ler as opções de resposta)*

1. muito bom
2. bom
3. mais ou menos
4. ruim
5. muito ruim
9. NS/NR

G1 16. O(a) Sr.(a)/você procurou outros serviços para resolver esse problema?

0. não                                      1. sim                                      9. NS/NR

G1 16a. O(a) Sr.(a)/você foi atendido nos serviços que você procurou?

0. não
1. sim **(pular para G1 16c.)**
9. NS/NR **(pular para G1 16c.)**

G1 16b. Por que o(a) Sr.(a)/você **NÃO** foi atendido nos serviços que procurou? **(+1)**

1. não conseguiu vaga/senha
2. não tinha médico atendendo
3. não tinha o profissional/serviço que precisava
4. o equipamento/serviço não estava funcionando
5. não podia pagar
6. esperou muito e desistiu
7. os equipamentos estavam quebrados ou indisponíveis
8. o plano de saúde não autorizou
9. outros
99. NS/NR

**G1 16c. Quantas vezes** o(a) Sr.(a)/você procurou um serviço de saúde para resolver esse problema?

1. uma vez
2. duas vezes
3. três a quatro vezes
4. cinco vezes ou mais
9. NS/NR

G1 16d. Sua **necessidade** foi resolvida? *(Ler as opções de resposta)*

1. não
2. sim
3. sim, em parte
9. NS/NR

**Agora para finalizar, vou fazer mais algumas perguntas**

G1 17. O(a) Sr.(a)/você costuma procurar o mesmo lugar, mesmo(a) médico(a) ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?

- 0. não (pular para G1 19.)
- 1. sim
- 9. NS/NR (pular para G1 19.)

G1 18. Que tipo de atendimento o(a) Sr.(a)/você costuma procurar quando está doente ou precisando de atendimento de saúde? (+1)

- 1. unidade básica de saúde (UBS)
- 2. pronto-atendimento/pronto socorro/emergência/AMA/UPA/serviço de urgência em hospital
- 3. ambulatório de especialidades/AMA Especialidades/ AME/hospital-dia/ambulatório especializado em hospital
- 4. consultório privado ou clínica particular
- 5. atendimento domiciliar
- 6. serviços de saúde mental/CAPS
- 7. teleatendimento
- 8. farmácia
- 9. outro
- 99. NS/NR

G1 19. Nos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a)/você utilizou algum serviço de urgência/emergência?

- 0. não
- 1. sim
- 9. NS/NR

G1 20. Nos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a)/você teve algum problema de saúde para o qual **NÃO** conseguiu atendimento?

- 0. não (pular para G1 21.)
- 1. sim
- 9. NS/NR (pular para G1 21.)

G1 20a. Quais problemas? (+1)

---

99. NS/NR

**Se na questão G1 01. respondeu que nunca consultou um médico (pular para G1 25.)**

G1 21. Nos últimos 12 meses, em alguma das consultas médicas que o(a) Sr.(a)/você fez, foi solicitado algum exame que demorou muito para o(a) Sr.(a)/você conseguir realizar?

- 0. não (pular para G1 22.)
- 1. sim
- 9. NS/NR (pular para G1 22.)

G1 21a. Quais foram os exames? (+1)

---

99. NS/NR



**G1 22.** Nos últimos 12 meses, em alguma das consultas médicas que o(a) Sr.(a)/você fez foi solicitado algum exame que o(a) Sr.(a)/você NÃO conseguiu realizar?

0. não (pular para G1 23.)

1. sim

9. NS/NR (pular para G1 23.)

**G1 22a.** Quais foram os exames que NÃO conseguiu realizar? (+1)

---

9999. NS/NR

**G1 23.** Nos últimos 12 meses, em alguma das consultas médicas que o(a) Sr.(a)/você fez no último ano foi solicitado algum encaminhamento para um especialista ou para outro profissional de saúde que demorou muito para o(a) Sr.(a)/você conseguir? (+1)

0. não (pular para G1 24.)

1. sim

9. NS/NR (pular para G1 24.)

**G1 23a.** Quais foram os profissionais de saúde ou as especialidades? (+1)

---

99. NS/NR

**G1 24.** Nos últimos 12 meses, em alguma das consultas médicas que o(a) Sr.(a)/você fez foi solicitado algum encaminhamento para um(a) médico(a) especialista, para outro profissional de saúde ou para reabilitação, que o(a) Sr.(a) NÃO conseguiu obter?

0. não (pular para Bloco G1 25.)

1. sim

9. NS/NR (pular para Bloco G1 25.)

**G1 24a.** Quais? (+1)

---

99. NS/NR

**Agora vamos perguntar somente sobre os atendimentos realizados no SUS**

**G1 25.** O(a) Sr.(a)/você já usou algum serviço ou atendimento do SUS (como consulta médica, tomar vacina, receber medicamentos, fazer curativos etc.)?

0. não (pular para G1 28.)

1. sim

9. NS/NR (pular para G1 28.)

**G1 26.** Qual foi o **último** tipo de atendimento ou serviço que o(a) Sr.(a)/você utilizou no **SUS**? **(+1)**

1. consulta
2. hospitalização
3. vacina
4. retirar medicamento
5. exames laboratoriais e/ou de imagem
6. procedimentos ambulatoriais (*curativos, medir pressão, glicemia, tomar medicamento, nebulização etc.*)
7. outro
9. NS/NR

**(1 a 6 e 9 - pular para G1 27.)**

**G1 26a.** Se outro – Qual foi o tipo de atendimento ou serviço que o(a) Sr.(a)/você utilizou no **SUS**?

99. NS/NR

**G1 27.** O que o(a) Sr.(a)/você achou do **Serviço Público de Saúde** do município de São Paulo? **(Ler as opções de resposta)**

1. muito bom
2. bom
3. regular
4. ruim
5. muito ruim
9. NS/NR

**As perguntas a seguir se referem a quaisquer um dos atendimentos de saúde que o/a Sr.(a)/você já teve, tanto no serviço público como no privado.**

**G1 28.** O(a) Sr.(a)/você já se sentiu **discriminado(a)** ou tratado(a) pior do que outras pessoas no serviço de saúde, por algum médico(a) ou outro profissional de saúde?

0. não **(pular para Bloco G2)**

1. sim

9. NS/NR **(pular para Bloco G2)**

**G1 28a.** Se sim, por qual(is) desses motivos? **(+1)**

1. falta de dinheiro
2. classe social
3. raça/cor
4. tipo de ocupação
5. tipo de doença
6. identidade de gênero
7. orientação sexual
8. religião/crença
9. sexo
10. idade
11. peso
12. deficiência
13. outro
99. NS/NR

**(1 a 11 e 99 - pular para G1 28c.)**

G1 28b. Se **outro, qual?**

99. NS/NR

G1 28c. Se sim, **este fato ocorreu nos últimos 12 meses?**

0. não

1. sim

9. NS/NR

**BLOCO G2 - HOSPITALIZAÇÕES E CIRURGIAS**

G2 01. Nos **últimos 12 meses, o(a) Sr.(a)/você** foi **internado(a)** ou hospitalizado(a)?

0. não **(pular para G2 06.)**

1. sim

9. NS/NR **(pular para G2 06.)**

G2 01a. **Quantas vezes?**

1. uma vez

2. duas vezes

3. três a cinco vezes

4. mais de cinco vezes

9. NS/NR

G2 02. Qual foi o **principal motivo** da última hospitalização?

1. doença

2. lesão **(pular para G2 02b.)**

3. outro motivo **(pular para G2 02d.)**

9. NS/NR **(pular para G2 03.)**

G2 02a. Qual foi a **principal doença** que provocou a internação?

**(pular para G2 03.)**

99. NS/NR

G2 02b. Que tipo de **acidente ou violência** provocou essa lesão? **(+1)**

1. queda

2. acidente de trânsito

3. queimadura

4. envenenamento

5. agressão/maus tratos

6. ferimento por arma de fogo

7. ferimento por arma branca

8. mordedura de animal

9. violência sexual

10. lesão autoprovocada

11. outro tipo de acidente ou violência

99. NS/NR

**(1 a 10 e 99 - pular para G2 02d.)**

G2 02c. Se **outro tipo de acidente ou violência**, qual?

---

99. NS/NR

G2 02d. Qual foi o **principal tipo de lesão** que provocou a internação?

---

(pular para G2 03.)

---

99. NS/NR

**G2 03.** O que **foi feito durante a internação?** (+1)

1. tratamento clínico
2. parto normal
3. parto cesáreo
4. cirurgia
5. tratamento psiquiátrico
6. exames
7. outros
9. NS/NR

G2 04. Quem **cobriu os gastos** desta **internação?**

1. SUS
2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional
3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento)
4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares
5. outro
9. NS/NR

G2 05. O que o(a) Sr.(a)/você **achou do atendimento recebido?** *(Ler as opções de resposta)*

1. muito bom
2. bom
3. mais ou menos
4. ruim
5. muito ruim
9. NS/NR

**G2 06.** Nos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a)/você foi submetido a alguma **cirurgia?**

0. não **(pular para Bloco G3)**
1. sim
9. NS/NR **(pular para Bloco G3)**

**G2 06a.** Nos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a) foi submetido a **quantas cirurgias?**

1. uma vez
2. duas vezes
3. três a cinco vezes
4. mais de cinco vezes
9. NS/NR

**G2 06b.** Nos últimos 12 meses, qual foi a **última cirurgia** pela qual o(a) Sr.(a)/você passou?

---

---

99. NS/NR

**G2 07.** Quem **cobriu** os gastos desta cirurgia?

1. SUS
  2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional
  3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento)
  4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares
  5. outro
9. NS/NR

**G2 08.** O que o(a) Sr.(a)/você achou do atendimento recebido para realizar essa cirurgia? *(Ler as opções de resposta)*

1. muito bom
  2. bom
  3. mais ou menos
  4. ruim
  5. muito ruim
9. NS/NR

**BLOCO G3 - PLANOS DE SAÚDE**

**G3 01.** O(a) Sr.(a)/você **tem ou já teve convênio** ou plano de saúde médico?

1. não (**pular para Bloco G5**)
2. sim, tem (**pular para G3 03.**)
3. sim, já teve
9. NS/NR (**pular para Bloco G5**)

**G3 02.** Há **quanto tempo** o(a) Sr.(a)/você **deixou de ter convênio** ou plano de saúde?

- |            |   |                                  |
|------------|---|----------------------------------|
| _ _  meses | } | <b>(todos pular para G3 04.)</b> |
| _ _  anos  |   |                                  |
| 99. NS/NR  |   |                                  |

**G3 03.** Há quanto tempo **sem interrupção** o(a) Sr.(a)/você **tem** convênio ou plano de saúde?

- |            |           |           |
|------------|-----------|-----------|
| _ _  meses | _ _  anos | 99. NS/NR |
|------------|-----------|-----------|

**G3 04.** O(a) Sr.(a)/você **é/era titular** deste convênio ou plano de saúde?

1. não, é/era dependente
2. sim
9. NS/NR

**G3 05.** O **convênio** ou plano de saúde **é/era de que tipo?** (**considerar o mais recente**) (*Ler as opções de resposta*) (+1)

1. individual ou familiar
2. coletivo empresarial
3. coletivo por adesão
4. instituição de atenção ao servidor público (municipal, estadual ou militar)
5. outro
9. NS/NR

**G3 05a.** Se outro, qual?

---

99. NS/NR

**G3 06.** O seu **convênio** ou plano de saúde **dá/dava direito à:** (+1) (*Ler as opções de resposta*)

1. consultas e exames
2. consultas, exames e hospitalização (sem parto)
3. consultas, exames e hospitalização (com parto)
4. consulta odontológica
5. só hospitalização (sem parto)
6. só hospitalização (com parto)
7. livre escolha de médicos
8. livre escolha de hospitais
9. NS/NR

G3 07. O(a) Sr.(a)/você tem ou já teve convênio ou plano de saúde odontológico?

1. não
2. sim, tem
3. sim, já teve
9. NS/NR

G3 08. O(a) Sr.(a)/você já precisou de algum atendimento que o seu convênio ou plano de saúde não cobriu?

0. não (pular para G3 09.)
1. sim
9. NS/NR (pular para G3 09.)

G3 08a. Se sim, qual?

---

---

99. NS/NR

G3 09. O(a) Sr.(a)/você considera/considerava o serviço prestado pelo seu convênio ou plano de saúde é:

*(Ler as opções de resposta)*

1. muito bom
2. bom
3. mais ou menos
4. ruim
5. muito ruim
9. NS/NR

## BLOCO G5 - SAÚDE BUCAL

**G5 01. O que o(a) Sr.(a)/você usa para fazer a limpeza de sua boca? (+1)**

1. não uso nada
2. escova de dente
3. pasta de dente
4. fio dental
5. outros
9. NS/NR

(1, 3 a 4 e 9 - pular para G5 05. caso tenha respondido apenas essas alternativas)

G5 01.a. Se outro(s), qual(is)? (pular para G5 05.)

---

---

99. NS/NR (pular para G5 05.)

**G5 02. Com que frequência o(a) Sr.(a)/você escova os dentes?**

1. nunca escovei os dentes
2. não escovo todos os dias
3. uma vez por dia
4. duas vezes ou mais por dia
9. NS/NR

**G5 03. Com que frequência o(a) Sr.(a)/você troca a sua escova de dente por uma nova?**

1. com menos de 3 meses
2. entre 3 meses e menos de 6 meses
3. entre 6 meses e menos de 1 ano
4. um ano ou mais
5. nunca trocou
9. NS/NR

**G5 04. O(a) Sr.(a)/você compartilha a sua escova de dente com a sua família?**

0. não                      1. sim                      9. NS/NR

**G5 05. Em geral, como o(a) Sr.(a)/você avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas)? (Ler as opções de resposta)**

1. muito bom (pular para G5 07.)
2. bom (pular para G5 07.)
3. regular
4. ruim
5. muito ruim
9. NS/NR



G5 06. Que **grau de dificuldade** o(a) Sr.(a)/você **tem para se alimentar** por causa de problemas com seus dentes ou dentadura?  
*(Ler as opções de resposta)*

1. nenhum
2. leve
3. regular
4. intenso
5. muito intenso
9. NS/NR

**G5 07.** O(a) Sr.(a)/você **já perdeu/arrancou/tirou algum dente** (considerando a dentição permanente)? *(Ler as opções de resposta)*

1. não **(pular para G5 08.)**
2. sim
3. sim, todos os dentes **(pular para G5 09.)**
9. NS/NR **(pular para G5 08.)**

G5 07a. **Quantos** dentes?

|\_|\_|

99. NS/NR

**G5 08.** Nos últimos seis meses, o(a) Sr.(a)/você teve **dor de dente**?

0. não **(pular G5 09.)**
1. sim
9. NS/NR **(pular G5 09.)**

G5 08a. **Usou algum serviço** odontológico **para resolver esse problema**?

0. não **(pular G5 08d.)**
1. sim
9. NS/NR **(pular G5 08d.)**

G5 08b. **Qual serviço** utilizou para resolver esse problema? **(+1)**

1. unidade básica de saúde (UBS)
2. centro especializado odontológico (CEO)
3. consultório odontológico privado
4. outro
9. NS/NR

G5 08c. Quem **cobriu** os gastos deste atendimento?

1. SUS
2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional
3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento)
4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares
5. outro
9. NS/NR

} **todos - pular para G5 09.**

**G5 08d.** Qual o motivo de **NÃO** ter utilizado um serviço? (+1)

1. não conhece nenhum serviço
2. não tinha dinheiro
3. teve medo
4. não conseguiu atendimento
5. outro
9. NS/NR

**G5 09.** Você teve algum tipo de dor na mandíbula /disfunção na articulação temporomandibular (ATM)?

0. não (pular para G5 10.)
1. sim
9. NS/NR (pular para G5 10.)

**G5 09a.** Usou algum serviço odontológico para resolver esse problema?

0. não (pular para G5 09d.)
1. sim
9. NS/NR (pular para G5 09d.)

**G5 09b.** Qual serviço utilizou para resolver esse problema? (+1)

1. unidade básica de saúde (UBS)
2. centro especializado odontológico (CEO)
3. consultório odontológico privado
4. outro
9. NS/NR

**G5 09c.** Quem cobriu os gastos deste atendimento?

1. SUS
2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional
3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento)
4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares
5. outro
9. NS/NR

todos - pular para G5 10.

**G5 09d.** Qual o motivo de **NÃO** ter utilizado o serviço? (+1)

1. não conhece nenhum serviço
2. não tinha dinheiro
3. teve medo
4. não conseguiu atendimento
5. outro
9. NS/NR

**G5 10. Quando o(a) Sr.(a)/você consultou um(a) dentista pela última vez?**

- |                            |   |                                    |
|----------------------------|---|------------------------------------|
| 1. nos últimos 6 meses     | } | <b>(1 a 5 - pular para G5 12.)</b> |
| 2. mais de 6 meses a 1 ano |   |                                    |
| 3. mais de 1 ano a 2 anos  |   |                                    |
| 4. mais de 2 anos a 3 anos |   |                                    |
| 5. mais de 3 anos          |   |                                    |
| 6. nunca consultou         | } | <b>(6 e 9 - encerrar o Bloco)</b>  |
| 9. NS/NR                   |   |                                    |

**G5 11. Por que o(a) Sr.(a)/você NÃO consultou um(a) dentista nos últimos 12 meses? (+1)**

1. dificuldade financeira
2. dificuldade de ser atendido
3. não achou necessário
4. não teve tempo
5. medo
6. usa prótese / dentadura
7. não tem dentes e não usa prótese
8. outro
9. NS/NR

**G5 12. Qual foi o principal motivo que o levou a procurar o(a) dentista pela última vez?**

1. consulta odontológica, periódica ou de rotina (limpeza/profilaxia, manutenção, revisão)
2. visita ortodôntica (instalação / manutenção de aparelho)
3. problemas dentários (dor de dente, restauração, fratura, canal)
4. problemas com gengivas (sangramento, tártaro/ cálculo, mobilidade dental)
5. outro tipo de dor na face que não tenha sido dor de dente
6. instalação / manutenção / problemas com próteses
7. instalação ou manutenção ou problemas com implantes
8. clareamento
9. extração
10. estética (harmonização orofacial)
11. outro
99. NS/NR

**G5 13. Onde foi a sua última consulta odontológica?**

1. unidade básica de saúde (UBS)
2. centro de especialidades odontológicas (CEO)
3. AMA especialidades
4. consultório odontológico privado
5. outro
9. NS/NR

G5 14. O(a) Sr.(a)/você **precisou marcar** essa consulta com antecedência?

- 0. não **(pular para G5 16.)**
- 1. sim
- 9. NS/NR **(pular para G5 16.)**

G5 15. **Quanto tempo** demorou **desde que procurou até ser atendido** nessa consulta?

- 1. menos de duas semanas
- 2. duas semanas até menos de 1 mês
- 3. um mês até menos de 3 meses
- 4. três meses até menos de 6 meses
- 5. seis meses até menos de um ano
- 6. um ano até menos de 3 anos
- 7. três anos ou mais
- 9. NS/NR

**G5 16.** Quem **cobriu** os gastos desta consulta?

- 1. SUS
- 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional
- 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento)
- 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares
- 5. outro
- 9. NS/NR

G5 17. O que o(a) Sr.(a)/você **achou do atendimento recebido?** *(Ler as opções de resposta)*

- 1. muito bom
- 2. bom
- 3. mais ou menos
- 4. ruim
- 5. muito ruim
- 9. NS/NR

## BLOCO H - EXAMES PREVENTIVOS

### BLOCO H1 – CÂNCER DE COLO DE ÚTERO / PAPANICOLAOU (MULHERES COM 20 ANOS OU MAIS)

Vamos conversar agora sobre alguns exames que são realizados para o diagnóstico precoce de câncer.

**H1 01.** O exame de **Papanicolaou** é usado nos programas de prevenção de câncer de colo de útero. Quando a Sra./você fez o seu **último** Papanicolaou?

1. nunca
  2. há menos de 1 ano
  3. de 1 ano a menos de 2 anos
  4. de 2 a 3 anos
  5. há mais de 3 anos (**pular para H1 03.**)
  9. NS/NR (**encerrar o Bloco H1**)
- 2 a 4 (pular para H1 04.)**

**(Se tiver 40 anos ou mais, pular para Bloco H2)**

**(Se tiver 50 anos ou mais, pular para Bloco H4)**

**(Se tiver menos do que 40 anos, pular para Bloco I)**

**H1 02.** Qual o **principal** motivo para que a Sra./você **NUNCA** tenha feito o Papanicolaou? (**APLICAR APENAS PARA MULHERES DE 25 A 64 ANOS**) (+1)

1. não achou necessário / não quis fazer
  2. não foi orientada para fazer o exame / o(a) médico(a) / enfermeiro(a) não pediu
  3. teve dificuldade para marcar consulta
  4. o tempo de espera no serviço de saúde era muito grande
  5. o horário de funcionamento do serviço era incompatível com as atividades de trabalho ou pessoais
  6. o exame é muito embaraçoso/desconfortável/vergonhoso
  7. nunca teve relações sexuais
  8. não tem relações sexuais atualmente
  9. outro
  99. NS/NR (**encerrar o Bloco H1**)
- 1 a 8 [pular para Bloco H2 se tiver 40 anos ou mais, se não (pular para Bloco I)]**

H1 02.a. **Outro** motivo:

---

---

99. NS/NR

**(Se tiver 40 anos ou mais pular para Bloco H2)**

**(Se tiver 50 anos ou mais, pular para Bloco H4)**

**(Se tiver menos do que 40 anos, pular para Bloco I)**

**H1 03.** Qual o **principal** motivo para que a Sra./você **NÃO** tenha feito o Papanicolaou nos **últimos 3 anos**?

**(APLICAR APENAS PARA MULHERES DE 25 A 64 ANOS) (+1)**

1. não achou necessário / não quis fazer
2. não foi orientada para fazer o exame / o(a) médico(a) /
3. enfermeiro(a) não pediu
4. teve dificuldade para marcar consulta
5. o tempo de espera no serviço de saúde era muito grande
6. o horário de funcionamento do serviço era incompatível
7. com as atividades de trabalho ou pessoais
8. o exame é muito embaraçoso/desconfortável/vergonhoso
9. nunca teve relações sexuais
10. não tem relações sexuais atualmente
11. não teve problema ginecológico nos últimos 3 anos
12. não teve tempo
13. teve medo de pegar COVID-19
14. outro
99. NS/NR **(pular para H1 04.)**

**1 a 13 (pular para H1 04.)**

H1 03.a. **Outro** motivo:

---

---

99. NS/NR

**H1 04.** Qual o **principal** motivo que levou a Sra./você a procurar o serviço de saúde e fazer o seu **último** Papanicolaou? **(+1)**

1. foi consulta de rotina/ exame de rotina
2. para checar/ examinar algum problema de saúde
3. por orientação de algum outro profissional de saúde
4. ficou preocupada ao saber de problemas com o colo de útero de amigas, parentes ou conhecidas
5. outro
9. NS/NR **(pular para H1 05.)**

**1 a 4 (pular para H1 05.)**

H1 04.a. **Outro** motivo:

---

---

99. NS/NR

**H1 05.** O **resultado** deste exame foi normal ou mostrou alguma alteração?

1. normal **(pular para H1 08.)**
2. anormal / mostrou alteração
9. NS/NR **(pular para H1 08.)**

H1 06. Após receber o resultado deste exame, que apresentava anormalidade, **houve seguimento** para confirmação do diagnóstico ou para fazer o tratamento?

- 0. não
- 1. sim (**pular para H1 08.**)
- 9. NS/NR (**pular para H2**)

H1 07. Por qual motivo **NÃO** houve seguimento? (**+1**)

- 1. a consulta está marcada, mas ainda não aconteceu
- 2. não achou necessário / não quis fazer
- 3. não sabia quem procurar ou aonde ir
- 4. não conseguiu marcar
- 5. o tempo de espera no serviço de saúde era muito grande
- 6. o horário de funcionamento do serviço era incompatível com as atividades de trabalho ou pessoais
- 7. estava com dificuldades financeiras
- 8. não teve tempo
- 9. teve medo de pegar COVID-19
- 10. outro
- 99. NS/NR (**pular para H2**)

**H1 08. Em que serviço de saúde a Sra./você** fez a coleta do Papanicolaou?

- 1. unidade básica de saúde
- 2. ambulatório especializado do SUS
- 3. consultório privado ou clínica particular
- 4. outro
- 9. NS/NR (**pular para H2**)

H1 09. **Quem cobriu os gastos** deste atendimento?

- 1. SUS
- 2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional
- 3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento)
- 4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares
- 5. outro
- 9. NS/NR (**encerrar o Bloco H1**)

**Mulheres com menos de 40 anos, encerrar o Bloco e pular para o Bloco I.**

## BLOCO H2 – CÂNCER DE MAMA (MAMOGRAFIA) (MULHERES COM 40 ANOS OU MAIS)

**H2 01.** A **MAMOGRAFIA** é um exame de raio X dos seios, que é utilizado nos programas de prevenção de câncer de mama. Quando foi a **última vez** que a Sra./você fez este exame?

1. nunca
  2. há menos de 1 ano
  3. de 1 a menos de 2 anos
  4. de 2 a 3 anos
  5. mais de 3 anos
  9. NS/NR (pular para H2 06.)
- } **2 e 3 (pular para H2 04.)**
- } **4 e 5 (pular para H2 03.)**

**H2 02.** Qual o **principal** motivo para que a Sra./você **NUNCA** tenha feito a mamografia?  
**(Aplicar esta questão apenas para mulheres de 50 - 69 anos) (+1)**

1. não era necessário / não quis fazer
  2. não conhecia o exame / não sabia de sua finalidade ou importância
  3. teve dificuldade para marcar consulta
  4. acha o exame desconfortável
  5. nenhum médico(a)/enfermeiro(a) indicou/pediu
  6. não teve tempo
  7. outro
  9. NS/NR (pular para H4.)
- } **1 a 6 (pular para H4)**

H2 02.a. **Outro** motivo:

\_\_\_\_\_ (pular para H4)

99. NS/NR

**H2 03.** Qual o **principal** motivo para a Sra./você **NÃO** ter realizado a mamografia **nos últimos 2 anos**? **(Aplicar esta questão apenas para mulheres de 50 - 69 anos) (+1)**

1. não era necessário / não quis fazer
  2. não conhecia o exame / não sabia de sua finalidade ou importância
  3. teve dificuldade para marcar consulta
  4. acha o exame desconfortável
  5. nenhum médico(a)/enfermeiro(a) indicou/pediu
  6. não teve tempo
  7. teve medo de pegar COVID-19
  8. outro
  9. NS/NR (pular para H2 06.)
- } **1 a 7 (pular para H2 04.)**

H2 03.a. **Outro** motivo:

\_\_\_\_\_

99. NS/NR



**H2 04.** Qual o **principal** motivo que levou a Sra./você a procurar o serviço de saúde e fazer a **última** mamografia?

1. como exame de rotina
2. para checar / examinar algum problema de saúde nas mamas
3. por orientação de algum outro profissional de saúde
4. ficou preocupada ao saber de problemas com as mamas de amigas, parentes ou conhecidas
5. outro
9. NS/NR **(pular para H2 05.)**

**1 a 4 (pular para H2 05.)**

H2 04.a. **Outro** motivo:

---

---

99. NS/NR

**H2 05.** O **resultado** desse exame foi normal ou **mostrou** alguma **alteração**?

1. normal **(pular para H2 08.)**
2. anormal / mostrou alteração
9. NS/NR **(pular para H2 08.)**

**H2 06.** Após receber o resultado deste exame, que apresentava anormalidade, **houve seguimento** para confirmação do diagnóstico ou tratamento?

0. não
1. sim **(pular para H2 08.)**
9. NS/NR **(se tiver mais de 50 anos, pular para H4)**

H2 07. Por qual motivo **NÃO** houve seguimento? **(+1)**

1. a consulta está marcada, mas ainda não aconteceu
2. o serviço que solicitou o exame não encaminhou para seguimento
3. não achou necessário / não quis fazer
4. não sabia a quem procurar ou aonde ir
5. estava com dificuldades financeiras
6. não conseguiu marcar
7. o tempo de espera no serviço de saúde era muito grande
8. o horário de funcionamento do serviço era incompatível com as atividades de trabalho ou pessoais
9. não teve tempo
10. por medo de pegar COVID-19
11. outro
99. NS/NR **(se tiver mais de 50 anos, pular para H4)**

**H2 08.** Em que **serviço de saúde** a mamografia foi **SOLICITADA**?

1. Unidade Básica de Saúde (UBS)
2. ambulatório especializado do SUS
3. consultório privado ou clínica particular
4. outro
9. NS/NR

H2 09. **Quem cobriu os gastos** com a realização da mamografia?

1. SUS
2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional
3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento)
4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares
5. outro
9. NS/NR

**Mulheres com menos de 50 anos, encerrar o Bloco e pular para o Bloco I.**

<b>BLOCO H3 – CÂNCER DE PRÓSTATA – PSA e Toque retal - HOMENS COM 40 ANOS OU MAIS</b>
---

*Existem alguns exames que são utilizados para diagnóstico precoce do câncer de próstata, como o PSA (exame de sangue) e o TOQUE RETAL.*

H3 01. O Sr./você já fez **alguma vez** na vida um exame de **PSA**?

0. não (**pular para H3 07.**)
1. sim
9. NS/NR (**pular para H3 07.**)

H3 02. **Quando** o Sr./você fez o **último** exame de PSA?

1. há menos de 1 ano
2. de 1 a 3 anos
3. mais de 3 anos
9. NS/NR

H3 03. Qual o **principal motivo** que levou o Sr./você a fazer o **último** exame de PSA?

1. como exame de rotina, não estava com queixas ou sintomas
2. para checar/examinar algum problema de saúde/sintomas
3. foi incentivado por campanha de saúde/matéria veiculada na mídia
4. por indicação de um profissional de saúde
5. ficou preocupado ao saber de problemas com a próstata de amigos/parentes/conhecidos
6. outro
9. NS/NR

H3 04. O **resultado** deste exame foi normal ou mostrou alguma alteração?

1. normal (**pular para H3 07.**)
2. anormal / com alteração
9. NS/NR (**pular para H3 07.**)

H3 05. Após receber o resultado deste exame, que apresentava anormalidade, **houve seguimento** para confirmação do diagnóstico ou tratamento?

0. não
1. sim (**pular para H3 07.**)
9. NS/NR (**pular para H3 07.**)

H3 06. Por qual motivo **NÃO** houve seguimento? **(+1)**

1. a consulta está marcada, mas ainda não aconteceu
2. não achou necessário / não quis fazer
3. não sabia quem procurar ou aonde ir
4. o horário de funcionamento do serviço era incompatível com as atividades de trabalho ou pessoais
5. não conseguiu marcar
6. o tempo de espera no serviço de saúde era muito grande
7. dificuldades financeiras
8. teve medo de pegar COVID-19
9. não teve tempo
10. outro
99. NS/NR

**H3 07.** Um outro exame utilizado para prevenção do câncer de próstata é o **TOQUE RETAL**. O Sr./você já fez esse exame? Quando foi a **última** vez que fez esse exame?

1. nunca **(encerrar o Bloco H3. Se tiver mais de 50 anos, pular para o Bloco H4. Se não pular para o Bloco I.)**
2. fez há menos de 1 ano
3. fez entre 1 e 3 anos
4. fez há mais de 3 anos
9. NS/NR **(encerrar o Bloco H3. Se tiver mais de 50 anos, pular para o Bloco H4. Se não pular para o Bloco I.)**

**H3 08.** Qual o **principal** motivo que levou o Sr./você a fazer o último exame de **toque retal**?

1. como exame de rotina, sem queixas ou sintomas
2. para checar/examinar algum problema de saúde
3. fui incentivado por campanha de saúde/matéria veiculada na mídia
4. ficou preocupado ao saber de problemas com a próstata de amigos/parentes/conhecidos
5. outro
9. NS/NR

**Ir para o Bloco H4 se tiver 50 anos ou mais ou pular para Bloco I se tiver menos de 50 anos.**

**BLOCO H4 – CÂNCER COLORRETAL – PSO e colonoscopia (HOMENS e MULHERES com 50 ANOS ou MAIS)**

**H4 01.** A pesquisa de **sangue oculto nas fezes** (PSO) é um exame que verifica se as fezes contêm sangue, com o objetivo de fazer a detecção precoce do câncer de intestino grosso e reto. O(a) Sr.(a)/você já fez esse exame?

- 0. não (**pular para H4 09.**)
- 1. sim
- 9. NS/NR (**pular para H4 09.**)

**H4 02.** Quando o(a) Sr.(a)/você fez o **último** exame de sangue oculto nas fezes?

- 1. há menos de 1 ano
- 2. de 1 a menos de 2 anos
- 3. de 2 a 3 anos
- 4. há mais de 3 anos
- 9. NS/NR (**pular para H4 09.**)

**H4 03.** Qual o **principal motivo** que levou o(a) Sr.(a)/você a fazer esse **último** exame de sangue oculto nas fezes?

- 1. como exame de rotina, sem queixas ou sintomas
  - 2. para checar/examinar algum problema de saúde
  - 3. fui incentivado por campanha de saúde/matéria veiculada na mídia
  - 4. por orientação de profissional de saúde
  - 5. ficou preocupado ao saber de problemas com o colo/reto de amigos / parentes / conhecidos
  - 6. outro
  - 9. NS/NR (**pular para H4 09.**)
- } **1 a 5 (pular para H4 04.)**

H4 03.a. Outro motivo:

---

---

99. NS/NR

**H4 04.** O **resultado** deste exame foi normal ou **mostrou** alguma **alteração**?

- 1. normal (**pular para H4 07.**)
- 2. anormal / com alteração
- 9. NS/NR (**pular para H4 07.**)

**H4 05.** Após receber o resultado deste exame, que apresentava anormalidade, **houve seguimento** para confirmação do diagnóstico ou tratamento?

- 0. não
- 1. sim (**pular para H4 07.**)
- 9. NS/NR (**pular para H4 07.**)

H4 06. Por qual **motivo NÃO** houve seguimento? **(+1)**

1. a consulta está marcada, mas ainda não foi aconteceu
2. o serviço que solicitou e deu resultado não encaminhou para seguimento
3. não achou necessário/ não quis fazer
4. o horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou pessoais
5. não conseguiu marcar
6. o tempo de espera no serviço de saúde era muito grande
7. estava com dificuldades financeiras
8. não teve tempo
9. por medo de pegar COVID-19
10. outro
99. NS/NR

H4 07. **Em que serviço de saúde** o exame de sangue oculto nas fezes foi **SOLICITADO**?

1. unidade básica de saúde (UBS)
2. ambulatório especializado do SUS
3. consultório privado ou clínica particular
4. outro
9. NS/NR

H4 08. **Quem cobriu os gastos** com a realização deste exame?

1. SUS
2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional
3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento)
4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares
5. outro
9. NS/NR

H4 09. **A COLONOSCOPIA** é um exame em que um tubo é inserido no reto para ver o cólon para detectar sinais de câncer ou outros problemas de saúde. **Alguma vez o(a) Sr.(a)/você já fez esse exame?**

0. não **(encerrar o Bloco H4.)**
1. sim
9. NS/NR **(encerrar o Bloco H4.)**

H4 10. **Quando o(a) Sr.(a)/você fez a última colonoscopia?**

1. há menos de 1 ano
2. de 1 a menos de 2 anos
3. de 2 a 3 anos
4. há mais de 3 anos
9. NS/NR

H4 11. Qual o **principal motivo** que levou o(a) Sr.(a)/você a fazer a **última colonoscopia**?

1. como exame de rotina, por orientação de profissional de saúde, sem queixas ou sintomas
2. para checar/examinar algum problema de saúde
3. por iniciativa própria (a própria pessoa demandou para o profissional e ele acatou)
4. porque algum parente ou amigo teve câncer de intestino
5. fui incentivado por campanha de saúde/matéria veiculada na mídia
6. outro
9. NS/NR

H4 12. O **resultado** deste exame foi normal ou mostrou alguma alteração?

1. normal (**pular para H4 15.**)
2. anormal / com alteração
9. NS/NR (**pular para H4 15.**)

H4 13. Após receber o resultado deste exame, que apresentava anormalidade, **houve seguimento** para confirmação do diagnóstico ou tratamento?

0. não
1. sim (**pular para H4 15.**)
9. NS/NR (**pular para H4 15.**)

H4 14. Por qual **motivo NÃO** houve seguimento?

1. a consulta está marcada, mas ainda não aconteceu
2. não achou necessário / não quis fazer
3. o horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou pessoais
4. o tempo de espera no serviço de saúde era muito grande
5. estava com dificuldades financeiras
6. não teve tempo
7. teve medo de pegar COVID-19
8. outro
99. NS/NR

**H4 15. Em que serviço** de saúde foi **solicitado** o exame?

1. unidade básica de saúde
2. ambulatório especializado do SUS
3. consultório privado ou clínica particular
4. outro
9. NS/NR

H4 16. **Quem cobriu os gastos** com a realização deste exame?

1. SUS
2. convênio ou plano de saúde sem pagamento adicional
3. convênio ou plano de saúde com pagamento adicional (copagamento)
4. pago diretamente pelo entrevistado ou familiares
5. outro
9. NS/NR

## BLOCO I – IMUNIZAÇÃO

Vamos conversar agora sobre algumas vacinas que o(a) Sr.(a)/você pode ter tomado. Se o(a) Sr.(a)/você tiver o seu cartão de vacina ou outro comprovante de quando foi vacinado, seria bom que pudesse pegá-lo.

### BLOCO I1 - HEPATITE B (Todas as pessoas de 10 a 59 anos)

A vacina Hepatite B, implantada no calendário básico em setembro de 1998, é administrada em 3 doses no primeiro ano de vida. A vacina também faz parte do calendário de vacinação das pessoas adolescentes, adultas e idosas.

I1 01. O(a) Sr.(a)/você tomou alguma vez vacina contra **hepatite B**?

- 0. não
- 1. sim (**pular para I1 03.**)
- 9. NS/NR (**pular para I1 07.**)

I1 02. Por que **NÃO** tomou vacina hepatite B? (+1)

- 1. não recebeu orientação/ não sabia que precisava tomar essa vacina
- 2. não acha necessário/ não quis tomar
- 3. pensa que pode causar reação/ tem medo da reação
- 4. tem dificuldade em conseguir a vacina/ não teve acesso à vacina/ não tinha no serviço de saúde
- 5. tem medo de injeção
- 6. foi orientado(a) por algum profissional de saúde a **NÃO** tomar essa vacina
- 7. medo de pegar COVID-19
- 8. falta de tempo
- 9. já teve a doença
- 10. outro
- 99. NS/NR

todos pular para I1 07.

I1 03. Quantas doses o(a) Sr.(a)/você tomou?

- 1. três doses (**pular para I1 05.**)
- 2. menos de três doses
- 9. NS/NR

I1 04. Por que **NÃO** completou o **esquema de três doses**? (+1)

- 1. não foi orientado/ não sabia sobre a necessidade de tomar 3 doses
- 2. esqueceu de retornar ao serviço de saúde
- 3. falta de tempo
- 4. ainda está completando o esquema / ainda não deu o intervalo entre as doses
- 5. acha que pode causar reação / tem medo da reação
- 6. não tinha a vacina no serviço de saúde
- 7. não achou necessário
- 8. tem medo de injeção
- 9. outro
- 99. NS/NR

I1 05. O **serviço** onde o(a) Sr.(a)/você foi vacinado(a) era **público ou privado**?

1. público (**pular para I1 07.**)
2. privado
9. NS/NR (**pular para I1 07.**)

I1 06. **Por que utilizou serviço privado?**

1. falta de vacina no posto/centro de saúde
2. prefiro serviço particular
3. o serviço privado tem horário de atendimento mais flexível
4. outro
9. NS/NR

I1 07. O(a) Sr.(a)/você foi **orientado(a)** por algum profissional de saúde sobre a **importância de tomar a vacina hepatite B**?

0. não
1. sim
9. NS/NR

I1 08. **Para o(a) entrevistador(a) marcar a resposta:** A **informação** foi obtida do **cartão de vacina**?

0. não
1. sim
9. NS/NR



## BLOCO I2 – SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA - (Todas as pessoas de 10 a 59 anos)

A vacina **Sarampo, Caxumba e Rubéola**, também chamada **Tríplice Viral** porque protege contra **Sarampo, Caxumba e Rubéola**, é aplicada em **dose única aos 12 meses de idade** e um **reforço aos 15 meses de idade** ou em campanhas. A vacina também é oferecida para pessoas até 29 anos de idade (duas doses com um intervalo de 30 dias, caso o indivíduo nunca tenha sido imunizado) e para pessoas acima de 30 anos (numa única dose) ou nas Campanhas de Vacinação.

**I2 01.** O(a) Sr.(a)/você tomou vacina contra **Sarampo, Caxumba e Rubéola** (tríplice viral) em algum momento da sua vida?

1. não
2. sim, tomei a vacina contra Sarampo, Caxumba e Rubéola **(pular para I2 03.)**
3. tomei a vacina apenas contra o Sarampo **(pular para I2 03.)**
9. NS/NR **(pular para I2 05.)**

**I2 02.** Por que **NÃO** tomou vacina contra **Sarampo, Caxumba e Rubéola**? **(+1)**

1. não recebeu orientação/ não sabia que precisava tomar essa vacina
2. não acha necessário/ não quis tomar
3. pensa que pode causar reação/ tem medo da reação
4. tem dificuldade em conseguir a vacina/ não teve acesso à vacina/ não tinha no serviço de saúde
5. tem medo de injeção
6. foi orientado(a) por algum profissional de saúde a não tomar essa vacina
7. medo de pegar COVID-19
8. falta de tempo
9. já teve a doença
10. outro
99. NS/NR

todos pular para I2 05.

**I2 03.** O **serviço** onde o(a) Sr.(a)/você foi vacinado era **público ou privado**?

1. público **(pular para I2 05.)**
2. privado
9. NS/NR **(pular para I2 05.)**

**I2 04.** Por que utilizou **serviço privado**?

1. falta de vacina no posto de saúde
2. prefiro serviço particular
3. tem horário de atendimento mais flexível
4. outro
9. NS/NR

**I2 05.** O(a) Sr.(a)/você foi **orientado(a)** por algum profissional de saúde sobre a **importância de tomar a vacina contra Sarampo, Caxumba e Rubéola**?

- |        |        |          |
|--------|--------|----------|
| 0. não | 1. sim | 9. NS/NR |
|--------|--------|----------|

**I2 06.** *Para o(a) entrevistador(a) marcar a resposta:* A **informação** foi obtida do **cartão de vacina**?

- |        |        |          |
|--------|--------|----------|
| 0. não | 1. sim | 9. NS/NR |
|--------|--------|----------|

## BLOCO I3 - FEBRE AMARELA (Todas as pessoas de 10 a 59 anos)

A vacina **febre amarela**, implantada no calendário básico em 2018, antes, estava disponível para todos os viajantes que se deslocassem para áreas endêmicas, atualmente é administrada em 1 dose no primeiro ano de vida (9 meses) e um reforço aos 4 anos de idade. A vacina também faz parte do calendário de vacinação de crianças acima de 5 anos de idade, adolescentes e adultos(as) (dose única) no caso de a pessoa nunca ter sido vacinada.

**I3 01.** O(a) Sr.(a)/você tomou alguma vez a vacina contra a **febre amarela**?

- 0. não
- 1. sim (**pular para I3 03.**)
- 9. NS/NR (**pular para I3 04.**)

**I3 02.** Por que **NÃO** tomou vacina febre amarela? **(+1)**

- 1. não recebeu orientação/ não sabia que precisava tomar essa vacina
- 2. não acha necessário/ não quis tomar
- 3. pensa que pode causar reação/ tem medo da reação
- 4. tem dificuldade em conseguir a vacina/ não teve acesso à vacina/ não tinha no serviço de saúde
- 5. tem medo de injeção
- 6. foi orientado(a) por algum profissional de saúde a não tomar essa vacina
- 7. medo de pegar COVID-19
- 8. falta de tempo
- 9. já teve a doença
- 10. outro
- 99. NS/NR

todos pular para I3 04.

**I3 03.** Qual dose o(a) Sr.(a)/você tomou? **(+1)**

- 1. dose padrão
- 2. dose fracionada
- 9. NS/NR

**I3 04.** O(a) Sr.(a)/você foi **orientado(a)** por algum profissional de saúde sobre a **importância de tomar a vacina contra a febre amarela**?

- 0. não
- 1. sim
- 9. NS/NR

**I3 05.** *Para o(a) entrevistador(a) marcar a resposta:* A **informação** foi obtida do **cartão de vacina**?

- 0. não
- 1. sim
- 9. NS/NR

## BLOCO I4 – DUPLA ADULTO (Todas as pessoas de 10 anos ou mais)

Vamos conversar agora sobre algumas vacinas que você pode ter tomado. Se o(a) Sr.(a)/você tiver o seu cartão de vacina ou outro comprovante de quando foi vacinado (a), seria bom que pudesse pegá-lo.

A vacina **dupla adulto**, que protege contra o **tétano** e a **difteria**, implantada no calendário básico em maiores de 7 anos de idade, é administrada em três doses, com intervalo mínimo de 30 dias entre elas, caso o indivíduo nunca tenha sido vacinado, e a cada 10 anos após o esquema inicial.

**I4 01.** O(a) Sr.(a)/você tomou, alguma vez, vacina **dupla adulto**?

- 0. não
- 1. sim (**pular para I4 03.**)
- 9. NS/NR (**pular para I4 04.**)

**I4 02.** Por que **NÃO** tomou vacina **dupla adulto**? (+1)

- 1. não recebeu orientação/ não sabia que precisava tomar essa vacina
- 2. não acha necessário/ não quis tomar
- 3. pensa que pode causar reação/ tem medo da reação
- 4. tem dificuldade em conseguir a vacina/ não teve acesso à vacina/ não tinha no serviço de saúde
- 5. tem medo de injeção
- 6. foi orientado(a) por algum profissional de saúde a não tomar essa vacina
- 7. medo de pegar COVID-19
- 8. falta de tempo
- 9. já teve a doença
- 10. outro
- 99. NS/NR

todos pular para I4 04.

**I4 03.**-A última dose foi há mais de 10 anos?

- 0. não
- 1. sim
- 9. NS/NR

**I4 04.** O(a) Sr.(a)/você foi **orientado(a)** por algum profissional de saúde sobre a **importância de tomar uma dose** da vacina **dupla adulta** a cada 10 anos?

- 0. não
- 1. sim
- 9. NS/NR

**I4 05.** **Para o(a) entrevistador(a) marcar a resposta:** A **informação** foi obtida do **cartão de vacina**?

- 0. não
- 1. sim
- 9. NS/NR

## BLOCO I5 - COVID-19 (Todas as pessoas de 10 anos ou mais)

As vacinas contra o COVID-19 foram implantadas no ano de 2021 no Brasil. Atualmente é recomendada duas doses a partir dos 6 meses de idade, com uma dose adicional (reforço).

I5 01. O(a) Sr.(a)/você tomou a vacina que protege contra a COVID-19?

- 0. não
- 1. sim (pular para I5 03.)
- 9. NS/NR (pular para I5 07.)

I5 02. Por que **NÃO** tomou a vacina contra COVID-19? (+1)

- 1. não recebeu orientação/ não sabia que precisava tomar essa vacina
- 2. não acha necessário/ não quis tomar
- 3. pensa que pode causar reação/ tem medo da reação
- 4. tem dificuldade em conseguir a vacina/ não teve acesso à vacina/ não tinha no serviço de saúde
- 5. tem medo de injeção
- 6. foi orientado(a) por algum profissional de saúde a não tomar essa vacina
- 7. medo de pegar COVID-19
- 8. falta de tempo
- 9. não confia nessa vacina/não tem comprovação científica
- 10. já teve a doença
- 11. outro
- 99. NS/NR

} todos pular para I5 06.

I5 03. A primeira dose foi da vacina Janssen?

- 0. não
- 1. sim
- 9. NS/NR

I5 04. Quantas doses da vacina contra a COVID-19 o(a) Sr.(a)/você tomou?

- 1. uma
  - 2. duas
  - 3. três
  - 4. quatro
  - 5. cinco ou mais
  - 9. NS/NR
- } 3, 4 e 5 e 9 pular para I5 07.

**I5 05.** Por que **NÃO** tomou todas as doses recomendadas da vacina contra COVID-19? **(+1)**

1. não recebeu orientação/ não sabia que precisava tomar essa vacina
2. não acha necessário/ não quis tomar
3. pensa que pode causar reação/ tem medo da reação
4. tem dificuldade em conseguir a vacina/ não teve acesso à vacina/ não tinha no serviço de saúde
5. tem medo de injeção
6. foi orientado(a) por algum profissional de saúde a não tomar essa vacina
7. medo de pegar COVID-19
8. falta de tempo
9. não tem comprovação científica
10. ainda está completando o esquema/ ainda não deu o intervalo entre as doses
11. outro
99. NS/NR

**I5 06.** Qual a **fonte de informação** que lhe levou a achar que **não é necessário tomar a vacina** ou ter medo de reações ou ter desconfiança sobre a composição das vacinas? **(+1)**

1. Jornais
2. Televisão/rádio
3. Redes sociais/*internet/facebook/whatsapp/youtube/instagram*
4. Parentes
5. Amigos ou conhecidos
6. Religiosos
7. Profissionais de saúde
8. Por decisão própria, sem influência de ninguém
9. NS/NR

**I5 07.** O(a) Sr.(a)/você foi **orientado(a)** por algum profissional de saúde sobre a **importância de tomar** as doses das vacinas contra a **COVID-19**?

0. não                      1. sim                      9. NS/NR

**I5 08.** *Para o(a) entrevistador(a) marcar a resposta:* A **informação** foi obtida do **cartão de vacina**?

0. não                      1. sim                      9. NS/N

**BLOCO I6 – GRIPE/INFLUENZA – (Todas as pessoas de 10 anos ou mais)**

A vacina contra a gripe é anual e destina-se a todas as idades.

**I6 01. Nos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a)/você tomou vacina contra gripe/influenza?**

- 0. não
- 1. sim **(pular para I6 03.)**
- 9. NS/NR **(pular para I6 05.)**

**I6 02. Por que **NÃO** tomou vacina contra a gripe/influenza? (+1)**

- 1. não recebeu orientação/ não sabia que precisava tomar essa vacina
- 2. não acha necessário/ não quis tomar
- 3. pensa que pode causar reação/ tem medo da reação
- 4. tem dificuldade em conseguir a vacina/ não teve acesso à vacina/ não tinha no serviço de saúde
- 5. tem medo de injeção
- 6. foi orientado(a) por algum profissional de saúde a não tomar essa vacina
- 7. medo de pegar COVID-19
- 8. falta de tempo
- 9. outro
- 99. NS/NR

todos pular ara I6 05.

**I6 03. O serviço onde o(a) Sr.(a)/você foi vacinado era **público ou privado**?**

- 1. público **(pular para I6 05.)**
- 2. privado
- 9. NS/NR **(pular para I6 05.)**

**I6 04. Por que utilizou serviço privado?**

- 1. falta de vacina no posto de saúde
- 2. prefiro serviço particular
- 3. tem horário de atendimento mais flexível
- 4. vacinado no local de trabalho
- 5. outro
- 9. NS/NR

**I6 05. O(a) Sr.(a)/você foi **orientado(a)** por algum profissional de saúde sobre a **importância de tomar a vacina contra a gripe/influenza**?**

- 0. não
- 1. sim
- 9. NS/NR

**I6 06. *Para o(a) entrevistador(a) marcar a resposta:* A **informação** sobre a vacina foi **obtida do cartão de vacina**?**

- 0. não
- 1. sim
- 9. NS/NR

## BLOCO I7 - HPV – (Todas as pessoas de 10 a 24 anos)

A vacina que protege contra o **Papiloma Vírus Humano (HPV)**, implantada no calendário básico em março de 2014 para meninas de 11 a 13 anos, é administrada em 3 doses (a segunda é aplicada com intervalo de seis meses e a terceira é aplicada cinco anos após a primeira dose). Atualmente, ela é recomendada às meninas de **09 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos (2 doses)**.

**I7 01.** O(a) Sr.(a)/você tomou, alguma vez, vacina que protege contra HPV?

0. não
1. sim (**pular para I7 03.**)
9. NS/NR (**pular para I7 06.**)

**I7 02.** Por que **NÃO** tomou vacina que protege contra HPV? **(+1)**

1. não recebeu orientação/ não sabia que precisava tomar essa vacina
2. não acha necessário/ não quis tomar
3. pensa que pode causar reação/ tem medo da reação
4. tem dificuldade em conseguir a vacina/ não teve acesso à vacina/ não tinha no serviço de saúde
5. tem medo de injeção
6. foi orientado(a) por algum profissional de saúde a não tomar essa vacina
7. medo de pegar COVID-19
8. falta de tempo
9. outro
99. NS/NR

todos pular para I7 06.

**I7 03.** Quantas doses o(a) Sr.(a)/você tomou?

1. uma dose
2. duas doses
3. três doses
9. NS/NR

**I7 04.** O **serviço** onde o(a) Sr.(a)/você foi vacinado(a) era **público ou privado**?

1. público (**pular para I7 06.**)
2. privado
9. NS/NR (**pular para I7 06.**)

**I7 05.** Por que utilizou serviço **privado**?

1. falta de vacina no posto/centro de saúde
2. prefiro serviço particular
3. o serviço privado tem horário de atendimento mais flexível
4. outro
9. NS/NR

**I7 06.** O(a) Sr.(a)/você foi **orientado(a)** por algum profissional de saúde **sobre a importância de tomar a vacina que protege contra HPV**?

0. não
1. sim
9. NS/NR

**I7 07.** *Para o(a) entrevistador(a) marcar a resposta:* A informação foi **obtida do cartão de vacina**?

0. não
1. sim
9. NS/NR

**BLOCO J – USO DE MEDICAMENTOS**

**J 00. O(a) Sr.(a)/você usou algum medicamento nos últimos 15 dias?**

O(a) Sr.(a)/você **deve incluir** comprimidos, cápsulas, xaropes, adesivos cutâneos, cremes, pomadas, injeções, supositórios, colírios, gotas orais, nasais e auditivas, aerossóis, bombinhas e inalações, qualquer medicamento que tenha usado. Não se esqueça de incluir os **medicamentos que toma diariamente**, como aqueles para doenças crônicas (hipertensão, diabetes ou outras), contraceptivos, homeopáticos, fitoterápicos, manipulados e vitaminas.

0. não **(pular para J 05.)**

1. sim

9. NS/NR **(pular para J 05.)**

**J 01. Qual(is) medicamento(s)? ANOTE APENAS 1 MEDICAMENTO POR LINHA**

*Entrevistador(a): olhar o rótulo dos medicamentos*

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_
- d. \_\_\_\_\_
- e. \_\_\_\_\_
- f. \_\_\_\_\_
- g. \_\_\_\_\_
- h. \_\_\_\_\_
- i. \_\_\_\_\_
- j. \_\_\_\_\_
- k. \_\_\_\_\_
- l. \_\_\_\_\_
- m. \_\_\_\_\_
- n. \_\_\_\_\_
- o. \_\_\_\_\_
- p. \_\_\_\_\_
- q. \_\_\_\_\_
- r. \_\_\_\_\_
- s. \_\_\_\_\_
- t. \_\_\_\_\_





J 06. Quando o(a) Sr.(a)/você tem dúvidas sobre algum medicamento que lhe foi prescrito/indicado, **qual é o principal local ou a principal pessoa que o(a) Sr.(a)/você procura para tirar suas dúvidas?** (+1)

1. não costuma ter dúvida
2. médico(a)
3. farmacêutico(a)/balconista
4. dentista
5. familiares/amigos(as)/vizinhos(as)
6. na internet
7. na própria bula
8. não tem com quem tirar as dúvidas
9. outro
99. NS/NR

J 08. O(a) Sr.(a)/você conta com ajuda de alguém para tomar seu medicamento?

0. não
1. sim
9. NS/NR

J 09. O(a) Sr.(a)/você costuma esquecer de tomar algum medicamento? **(Ler as opções de resposta)**

1. não esqueço
2. às vezes esqueço
3. sempre esqueço
9. NS/NR

J 10. O(a) Sr.(a)/você costuma diminuir a quantidade do medicamento prescrito? **(Ler as opções de resposta)**

1. sempre
2. quase sempre
3. às vezes
4. quase nunca **(pular para J 11.)**
5. nunca **(pular para J 11.)**
9. NS/NR **(pular para J 11.)**

J 10a. Por qual(is) **motivo(s)**? (+1)

1. acha que a doença já está controlada
2. acha que o medicamento faz mal
3. acha que estava tomando muitos medicamentos
4. acha o medicamento muito caro e precisa que dure mais
5. porque se enganou
6. outro
9. NS/NR

**(1 a 5 e 9 – pular para J 11.)**

J 10a1. Se **outro**, qual?

---

---

99. NS/NR

**J 11. O(a) Sr.(a)/você costuma aumentar a quantidade** do medicamento prescrito? *(Ler as opções de resposta)*

1. sempre
2. quase sempre
3. às vezes
4. quase nunca **(pular para J 12.)**
5. nunca **(pular para J 12.)**
9. NS/NR **(pular para J 12.)**

J 11a. Por qual(is) **motivo(s)**? (+1)

1. porque não estava resolvendo o problema **(pular para J 12.)**
2. porque se enganou **(pular para J 12.)**
3. outro
9. NS/NR **(pular para J 12.)**

J 11a1. Se **outro**, qual?

---

---

99. NS/NR

<b><u>SUB-BLOCO ACESSO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS</u></b>
---

**J 12. Nos últimos 6 meses, o Sr.(a)/você conseguiu comprar** ou obter todos os medicamentos que foram receitados por um profissional de saúde?

0. não
1. sim **(pular pra J 13.)**
2. não foi receitado nenhum medicamento nos últimos 6 meses **(pular para J 13.)**
9. NS/NR **(pular para J 13.)**

Responder as questões J 12a. a J 12c. para cada medicamento que o entrevistado NÃO conseguiu obter:

	J 12 a. Qual(is) medicamento(s) o(a) Sr.(a)/você NÃO obteve?	J 12b. Por qual motivo o(a) Sr.(a)/você NÃO obteve esse medicamento? (+1)  1. não encontrou/não tinha na farmácia pública 2. não tinha recurso para comprar 3. plano de saúde não cobria 4. não encontrou na farmácia privada 5. não conseguiu renovar a receita 6. estava se sentindo melhor 7. outro 9. NS/NR	J12 c. Se outro, qual?  99. NS/NR
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

J 13. O(a) Sr.(a)/você utiliza medicamento genérico?

0. não

1. sim

9. NS/NR

J 14. Onde realiza o descarte de medicamentos vencidos ou não utilizados? (+1)

- 1. entrega nas farmácias públicas
- 2. entrega nas farmácias privadas
- 3. descarta no lixo comum
- 4. descarta no vaso sanitário/pia
- 5. outro
- 6. não realiza o descarte
- 9. NS/NR



(1 a 4, 6 e 9 – encerrar o Bloco)

J 14a. Se outro, qual?

---



---

99. NS/NR

**BLOCO K - COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE**

**BLOCO K1 – ALIMENTAÇÃO**

**K1 01.** Qual a sua **altura**?

|\_|\_|\_| cm.

999. NS/NR

**K1 02.** Qual o seu **peso**?

|\_|\_|\_| kg.

999. NS/NR

**K1 03.** Em relação às pessoas da sua idade e sexo, **como você considera o seu peso**?

1. elevado
2. baixo
3. indiferente/normal
9. NS/NR (**pular para K1 07.**)

**K1 04.** **Quanto** o(a) Sr.(a)/você gostaria de **pesar**?

|\_|\_|\_| kg (**se desejar manter ou aumentar o peso, pular para K1 07.**)

999. NS/NR

**K1 05.** O(a) Sr.(a)/você **faz alguma coisa para emagrecer**?

0. não (**pular para K1 06.**)
1. sim
9. NS/NR (**pular para K1 06.**)

**K1 05a.** **O que faz** para emagrecer? **(+1)**

1. tenho cuidado com o que vou comer
2. faço uma dieta para emagrecer
3. pratico exercícios/atividade física
4. pulo refeições
5. participo de programa de perda de peso
6. fumo
7. uso medicamento

**(1 a 7 pular para K1 07.)**

8. outros (**pular para K1 05c.**)

9. NS/NR

**K1 05b.** De **qual(is) medicamento(s)** o(a) Sr.(a)/você faz uso **para emagrecer**? **(+1)**

---

---

99. NS/NR

K1 05c. Que **outra(s) coisa(s)** o(a) Sr.(a)/você faz **para emagrecer?** (+1)

---

---

99. NS/NR

K1 06. Qual era o seu **peso** há **12 meses atrás?** *(se grávida, pergunte o peso antes da gestação)*

|\_|\_|\_| kg.

999. NS/NR

**K1 07.** Você **compra frutas, legumes e verduras próximo à sua residência?** *(cerca de 500m ou deslocamento a pé de 10 min)*

0. não **(pular para K1 09.)**

0. sim

2. não compro frutas, verduras e legumes **(pular para K1 10.)**

9. NS/NR

K1 08. Qual o **principal** estabelecimento **PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA** que você **compra frutas, legumes e verduras?**

1. supermercado/hipermercado de grandes redes

2. mercado de bairro

3. feira livre

4. sacolão/hortifruti

5. mercado municipal

6. ambulante

7. outros

9. NS/NR

} (1 a 6 e 99 – pular para K1 09.)

K1 08a. Se **outro, qual?**

---

---

99. NS/NR

**K1 09.** Você **acha** que as **frutas, legumes e verduras vendidas próximo a sua residência apresentam boa qualidade e preço?**  
***(Ler as opções de resposta)***

1. sim, boa qualidade e preço.

2. boa qualidade, preço elevado.

3. preço bom, mas qualidade a desejar ou ruim

4. não, preço elevado e qualidade a desejar ou ruim

5. não há estabelecimentos que vendem frutas, legumes e verduras próximo a minha residência.

9. NS/NR

**Vamos agora fazer algumas questões sobre sua ALIMENTAÇÃO**

**K1 10.** O(a) Sr(a)/você costuma consumir refrigerante suco de fruta artificial, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha ou xaropes de guaraná/groselha?

0. não (**pular para K1 11.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para K1 11.**)

**K1 10a.** Este consumo é por dia, semana, mês?

1. dia

2. semana

3. mês

9. NS/NR

**K1 10b.** Quantas vezes?

|\_|\_|

99. NS/NR

**K1 10c.** O(a) Sr(a)/você costuma consumir as versões com ou sem açúcar?

1. com açúcar

2. sem açúcar / com adoçante

9. NS/NR

**K1 11.** O(a) Sr(a)/você costuma consumir café, chá ou suco de fruta natural?

0. não (**pular para K1 12.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para K1 12.**)

**K1 11a.** Este consumo é por dia, semana, mês?

1. dia

2. semana

3. mês

9. NS/NR

**K1 11b.** Quantas vezes?

|\_|\_|

99. NS/NR

**K1 11c.** O(a) Sr(a)/você costuma adoçar com o quê?

1. com açúcar

2. com adoçante

3. puro/não adoço

9. NS/NR

**K1 12.** O(a) Sr(a)/você costuma consumir carne vermelha?

0. não (**pular para K1 13.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para K1 13.**)

K1 12a. Este consumo é por dia, semana, mês?

1. dia

2. semana

3. mês

9. NS/NR

K1 12b. **Quantas** vezes?

|\_|\_|

99. NS/NR

**K1 13.** O(a) Sr(a)/você costuma consumir salsicha, linguiça, mortadela, presunto, salame, bacon?

0. não (**pular para K1 14.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para K1 14.**)

K1 13a. Este consumo é por dia, semana, mês?

1. dia

2. semana

3. mês

9. NS/NR

K1 13b. **Quantas** vezes?

|\_|\_|

99. NS/NR

**K1 14.** O(a) Sr(a)/você costuma consumir bebidas alcoólicas, como vinho, cerveja, vodca, uísque, sakê, conhaque, pinga?

0. não (**pular para K1 15.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para K1 15.**)

K1 14a. Este consumo é por dia, semana, mês?

1. dia

2. semana

3. mês

9. NS/NR

K1 14b. **Quantas** vezes?

|\_|\_|

99. NS/NR



**K1 15.** O(a) Sr.(a)/você costuma consumir alimentos como: **biscoitos doces/salgados, biscoitos recheados, salgados fritos, salgados assados, salgadinhos, bolos, doces e sobremesas?**

0. não **(pular para K1 16.)**

1. sim

9. NS/NR **(pular para K1 16.)**

**K1 15a.** Este consumo é por dia, semana, mês?

1. dia

2. semana

3. mês

9. NS/NR

**K1 15b.** Quantas vezes?

|\_|\_|

99. NS/NR

**K1 16.** O(a) Sr(a)/você costuma consumir frutas, como: banana, maçã, laranja, manga, morango, pera, mamão, melancia, abacaxi, uva, goiaba, mexerica, melão, uva?

0. não **(pular para K1 17.)**

1. sim

9. NS/NR **(pular para K1 17.)**

**K1 16a.** Este consumo é por dia, semana, mês?

1. dia

2. semana

3. mês

9. NS/NR

**K1 16b.** Quantas vezes?

|\_|\_|

99. NS/NR

**K1 17.** O(a) Sr(a)/você costuma consumir legumes como: tomate, cenoura, abobrinha, pepino, beterraba, abóbora, brócolis, berinjela, couve-flor, chuchu?

0. não **(pular para K1 18.)**

1. sim

9. NS/NR **(pular para K1 18.)**

**K1 17a.** Este consumo é por dia, semana, mês?

1. dia

2. semana

3. mês

9. NS/NR

**K1 17b.** Quantas vezes?

|\_|\_|

99. NS/NR

**K1 18.** O(a) Sr(a)/você costuma consumir **leguminosas** como: feijão, lentilha, grão de bico?

0. não (**pular para K1 19.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para K1 19.**)

K1 18a. Este **consumo é por dia, semana, mês?**

1. dia

2. semana

3. mês

9. NS/NR

K1 18b. **Quantas** vezes?

|\_|\_|

99. NS/NR

**K1 19.** O(a) Sr(a)/você costuma consumir **verduras**, como: alface, repolho, couve, espinafre, rúcula, escarola, agrião?

0. não (**pular para K1 20.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para K1 20.**)

K1 19a. Este **consumo é por dia, semana, mês?**

1. dia

2. semana

3. mês

9. NS/NR

K1 19b. **Quantas** vezes?

|\_|\_|

99. NS/NR

**K1 20.** O(a) Sr(a)/você costuma **consumir leite, queijo, requeijão, iogurte?**

0. não (**encerrar o bloco**)

1. sim

9. NS/NR (**encerrar o bloco**)

K1 20a. Este **consumo é por dia, semana, mês?**

1. dia

2. semana

3. mês

9. NS/NR

K1 20b. **Quantas** vezes?

|\_|\_|

99. NS/NR

K1 20c. Qual **tipo de leite** de uso mais frequente?

1. integral
2. semidesnatado
3. desnatado
4. não consome leite
5. outro (leite sem lactose, leite vegetal, etc.)
9. NS/NR

## BLOCO K2 – ATIVIDADE FÍSICA

Vamos conversar agora sobre a atividade física que você desenvolve no lazer ou no trabalho, sobre exercícios físicos e esportes que você pratica e algumas outras questões sobre estes temas.

**Em uma semana normal:**

**K2 01. Quanto tempo** em média você gasta por dia andando de **carro, ônibus ou metrô**, não considerando o tempo em atividade de trabalho (ex: motorista)?

|\_|\_| horas |\_|\_| minutos 99. NS/NR

**K2 02. Quanto tempo** em média você gasta por dia **trabalhando ou estudando**, em **posição sentada**?

|\_|\_| horas |\_|\_| minutos 99. NS/NR

**K2 03. Quanto tempo** em média, no seu **TEMPO LIVRE**, você gasta por dia **assistindo televisão**?

|\_|\_| horas |\_|\_| minutos 99. NS/NR

**K2 04. Quanto tempo** em média, no seu **TEMPO LIVRE**, você gasta por dia usando **computador, notebook ou tablet ou celular** para participar de **redes sociais**, para **ver filmes** ou para se distrair com **jogos ou outro**?

|\_|\_| horas |\_|\_| minutos 99. NS/NR

**K2 05. No seu trabalho**, você **faz faxina pesada, anda bastante a pé, carrega peso ou faz outra atividade pesada que requer esforço físico intenso** (não inclui atividade doméstica na própria casa)?

0. não faz ou não trabalha **(pular para K2 06.)**

1. sim

9. NS/NR **(pular para K2 06.)**

**K2 05a. Em quantos dias da semana**

|\_| 99. NS/NR

**K2 05b. Durante quanto tempo por dia**

|\_|\_| horas |\_|\_| minutos 99. NS/NR

**K2 06. Para ir ou voltar do trabalho, ir a algum curso, escola, clube, loja ou levar alguém para uma atividade, você faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?**

0. não **(pular para K2 07.)**

1. sim

9. NS/NR **(pular para K2 07.)**

**K2 06a. Em quantos dias da semana**

|\_| 9. NS/NR

**K2 06b. Durante quanto tempo por dia**

|\_|\_| horas |\_|\_| minutos 99. NS/NR

**K2 07.** Nas suas **atividades domésticas**, você **faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade pesada que requer esforço físico intenso?** (não considerar atividade doméstica remunerada que já constou em pergunta acima)

0. não **(pular para K2 08a.)**

1. sim

9. NS/NR **(pular para K2 08a.)**

K2 07a. **Em quantos dias da semana** |\_\_| 9. NS/NR

K2 07b. Durante **quanto tempo por dia**

|\_\_|\_\_| horas |\_\_|\_\_| minutos 99. NS/NR

## **OUTRAS QUESTÕES RELATIVAS À ATIVIDADE FÍSICA**

**K2 08a.** Quanto **tempo no total** o(a) Sr.(a)/você gasta assistindo **TV** durante um **dia de semana?**

|\_\_|\_\_| horas |\_\_|\_\_| minutos 99. NS/NR

K2 08b. Quanto **tempo no total** o(a) Sr.(a)/você gasta assistindo **TV** durante um **dia de final de semana?**

|\_\_|\_\_| horas |\_\_|\_\_| minutos 99. NS/NR

K2 09a. Quanto **tempo no total** o(a) Sr.(a)/você gasta no **computador** durante um **dia de semana?**

|\_\_|\_\_| horas |\_\_|\_\_| minutos 99. NS/NR

K2 09b. Quanto **tempo no total** o(a) Sr.(a)/você gasta no **computador** durante um **dia de final de semana?**

|\_\_|\_\_| horas |\_\_|\_\_| minutos 99. NS/NR

K2 10. O(a) Sr.(a)/você **pratica regularmente**, pelo menos uma vez por semana, **algum tipo de exercício físico ou esporte?**

0. não **(pular para K2 12.)**

1. sim

9. NS/NR **(pular para K2 12.)**

K2 10a. Qual(is)? **(+1)**

1. caminhada (não vale como deslocamento)

2. corrida/corrida em esteira

3. bicicleta (não vale como deslocamento) / bicicleta ergométrica

4. academia/ ginástica em geral (ex: aula de step, jump, glúteo, aula de *spinning*, bicicleta ergométrica, cross fit, funcional)

5. musculação

6. hidrogenástica

7. natação

8. yoga

9. pilates

10. artes marciais e lutas

11. voleibol

12. basquetebol ou handebol

13. futebol

14. dança

15. educação física (escola)

16. práticas corporais chinesas

17. ginástica laboral

18. outros

99. NS/NR **(pular para K2 13.)**

**(Para cada atividade referida, serão feitas as 3 perguntas a seguir):**

	K2 10b. Em <b>quantos dias da semana</b> o(a) Sr.(a)/ <u>você pratica</u> _____ ?	K2 10b.1. Por quanto tempo (em minutos por dia), o Sr.(a)/ <u>você pratica</u> _____ ?	K2 10c. Em que <b>local</b> o(a) Sr.(a)/ <u>você pratica</u> _____? <b>(+1)</b>
	<b>1.</b> um <b>2.</b> dois <b>3.</b> três <b>4.</b> quatro <b>5.</b> cinco <b>6.</b> seis <b>7.</b> sete <b>9.</b> NS/NR	<b>99.</b> NS/NR	<b>1.</b> residência <b>2.</b> clube/academia (ou similar?) <b>3.</b> local público/prça pública/ centro esportivo <b>4.</b> escola/ CEU <b>5.</b> unidade de saúde (UBS, Posto de Saúde, CAPS) <b>6.</b> ambiente de trabalho <b>7.</b> outro <b>9.</b> NS/NR
1. caminhada (não vale como deslocamento)		_ _  minutos	
2. corrida/ corrida em esteira		_ _  minutos	
3. bicicleta (não vale como deslocamento/ bicicleta ergométrica)		_ _  minutos	
4. academia/ ginástica em geral		_ _  minutos	
5. musculação		_ _  minutos	
6. hidroginástica		_ _  minutos	
7. natação		_ _  minutos	
8. yoga		_ _  minutos	
9. pilates		_ _  minutos	
10. artes marciais e lutas		_ _  minutos	
11. voleibol		_ _  minutos	
12. basquetebol ou handebol		_ _  minutos	
13. futebol		_ _  minutos	
14. dança		_ _  minutos	
15. educação física (escola)		_ _  minutos	
16. práticas corporais chinesas		_ _  minutos	
17. ginástica laboral		_ _  minutos	
18. outros		_ _  minutos	

**K2 11. Tem orientação de um profissional para desenvolver alguma das atividades físicas?**

- 0. não
- 1. sim, de forma presencial
- 2. sim, de forma online
- 3. sim, de forma híbrida (presencial e online)
- 9. NS/NR



**Todos (pular para K2 13.)**

**K2 12.** Por que **NÃO** pratica? (+1)

1. não tenho tempo
2. não gosto /desmotivado / preguiça
3. sinto-me muito cansado
4. não tenho condições financeiras para pagar
5. não tem espaço/ambiente adequado para praticar
6. doença / limitação física / deficiência / problema de saúde
7. outro
9. NS/NR

**K2 13.** Próximo à sua residência existem locais públicos (praça, parque, rua, outros) adequados para a prática de atividade física?

- |        |        |          |
|--------|--------|----------|
| 0. não | 1. sim | 9. NS/NR |
|--------|--------|----------|

**K2 14.** Algum(a) amigo(a), parente ou vizinho(a) o(a) convida para caminhar ou praticar esporte?

- |        |        |          |
|--------|--------|----------|
| 0. não | 1. sim | 9. NS/NR |
|--------|--------|----------|

**K2 15.** O(a) Sr.(a)/você costuma passear com seu cachorro nas ruas do seu bairro?

0. não
1. sim
2. não se aplica/ não tem cachorro
9. NS/NR

**K2 16.** O(a) Sr.(a)/você conhece algum programa público de prática de atividade física?

0. não (**pular para Bloco K3**)
1. sim
9. NS/NR (**pular para Bloco K3**)

**K2 16a.** O(a) Sr.(a)/você participa desse programa?

0. não
1. sim (**pular para Bloco K3**)
9. NS/NR (**pular para Bloco K3**)

**K2 16b.** Qual o principal motivo de **NÃO** participar? (+1)

1. não é perto da minha residência
2. não tenho tempo para esta atividade
3. não me interessa pelas atividades oferecidas
4. o espaço não é seguro/iluminado
5. não tinha vaga disponível
6. problema de saúde ou incapacidade física
7. já realizo atividade física em outro lugar
8. outros
9. NS/NR

**BLOCO K3 – TABAGISMO (10 anos ou mais)**

*Vou perguntar a seguir sobre o hábito de fumar cigarros de tabaco industrializado.*

**K3 01.** O(a) Sr.(a)/você fuma atualmente ou já fumou (pelo menos 100 cigarros ou 5 maços durante a vida)?

- 0. não (pular para K3 17.)
- 1. sim
- 9. NS/NR (pular para K3 17.)

**K3 02.** Com que idade começou a fumar regularmente (pelo menos um cigarro/semana)?

|\_\_|\_\_| anos 99. NS/NR

**K3 03.** O(a) Sr.(a)/você fuma atualmente? Se sim, fuma todos os dias?

- 0. não
- 1. sim, diariamente (pular para K3 09.)
- 2. sim, menos que diariamente (pular para K3 10.)
- 9. NS/NR

**K3 04.** Há quanto tempo o(a) Sr.(a)/você parou de fumar?

    |\_\_|\_\_| anos                  |\_\_|\_\_| meses                  |\_\_|\_\_| dias                  99. NS/NR

**K3 05.** Por que o(a) Sr.(a)/você parou de fumar? (+1)

- 1. teve problema de saúde
- 2. orientação de médico/profissional de saúde
- 3. acha que faz mal para a saúde
- 4. restrição no trabalho/locais públicos
- 5. restrição em casa
- 6. os preços estão altos
- 7. outro motivo
- 9. NS/NR

} (1 a 6 e 9 - pular para K3 06)

**K3 05a.** Outro motivo. Qual?

---

99. NS/NR

**K3 06.** O que o(a) Sr.(a)/você fez para conseguir parar de fumar? (+1)

- 1. decidiu e parou
- 2. fez tratamento com adesivo ou chiclete
- 3. fez tratamento com medicamento
- 4. tratamento psicológico/psicoterápico
- 5. participou de grupo de apoio
- 6. diminuiu a quantidade de cigarros
- 7. começou a fumar cigarro eletrônico
- 8. outro
- 9. NS/NR

} (1 a 7 e 9 - pular para K3 07.)



K3 06.1. Outro procedimento. Qual?

---

99. NS/NR

**K3 07. O(a) Sr.(a)/você recebeu algum apoio para parar de fumar? Se sim, de quem? (+1)**

1. não
2. sim, de familiares
3. sim, do serviço de saúde/ de profissionais da saúde
4. sim, de amigos
5. sim, de outros
9. NS/NR

**K3 08. Quantos cigarros o(a) Sr.(a)/você fumava por dia, antes de parar de fumar?**

|\_|\_| cigarros/dia (**pular para K3 17.**) 99. NS/NR

**K3 09. Quantos cigarros o(a) Sr.(a)/você fuma por dia?**

|\_|\_| cigarros/dia 99. NS/NR

**K3 10. Quantos cigarros o(a) Sr.(a)/você fuma por semana?**

|\_|\_| cigarros/dia 99. NS/NR

**K3 11. Quanto tempo depois de se levantar o(a) Sr.(a)/você fuma o 1º cigarro?**

1. primeiros 5 minutos
2. 6 a 30 minutos
3. 31 a 60 minutos
4. mais de 60 minutos
9. NS/NR

**K3 12. Tem dificuldade em não fumar nos locais em que é proibido?**

0. não 1. sim 9. NS/NR

**K3 13. Qual é o cigarro que mais o satisfaz? (*Ler as opções de resposta*)**

1. o 1º da manhã 2. qualquer um 9. NS/NR

**K3 14. Fuma mais no começo do dia?**

0. não 1. sim 9. NS/NR

**K3 15. Fuma mesmo quando está muito doente?**

0. não 1. sim 9. NS/NR

**K3 16. O(a) Sr.(a)/você já tentou parar de fumar?**

0. não (**pular para K3 17.**)
1. sim
9. NS/NR (**pular para K3 17.**)

K3 16a. **Quantas vezes?**

|\_\_|\_\_| anos

99. NS/NR

K3 16b. Por que o(a) Sr.(a)/você **tentou parar de fumar?** (+1)

1. teve ou tem problema de saúde
2. acha que faz mal para a saúde
3. restrição no trabalho/locais públicos
4. restrição em casa
5. orientação de médico/profissional de saúde
6. outro
9. NS/NR

K3 16c. Você procurou tratamento com **profissional de saúde** para tentar **parar de fumar?** Conseguiu?

0. não
1. sim, mas não consegui
2. sim, consegui o tratamento
9. NS/NR

K3 16d. Esse profissional de saúde era do setor:

1. público
2. privado
3. plano ou convênio de saúde
9. NS/NR

K3 16e. O que o(a) Sr.(a)/você fez na sua **ÚLTIMA** tentativa de parar de fumar? (+1)

1. decidiu e parou/ não utilizou nenhuma técnica
2. fez tratamento com medicamento
3. fez tratamento com adesivo ou chiclete
4. fez tratamento psicológico/psicoterápico
5. diminuiu a quantidade de cigarros
6. participou de grupo de apoio
7. começou a fumar cigarro eletrônico
8. outro
9. NS/NR

**K3 17. O(a) Sr.(a)/você fuma atualmente algum outro produto do tabaco, como **cigarro eletrônico** (vape, pods)?**

0. não (**pular para K3 17b.**)
1. sim
9. NS/NR (**pular para K3 18.**)

K3 17.a. Com que frequência?

1. |\_\_|\_\_| por dia

2. |\_\_|\_\_| por semana

3. |\_\_|\_\_| por mês

99. NS/NR

**K3 17b.** Já experimentou alguma vez na vida esse produto?

0. não

1. sim

99. NS/NR

**K3 18.** O(a) Sr.(a)/você fuma atualmente algum outro produto do tabaco, como narguilé (sessão)?

0. não (pular para K18 b.)

1. sim

9. NS/NR (pular para K3 19.)

K3 18.a. Com que frequência?

1. |\_\_|\_\_| por dia

2. |\_\_|\_\_| por semana

3. |\_\_|\_\_| por mês

99. NS/NR

**K3 18b.** Já experimentou alguma vez na vida esse produto?

0. não

1. sim

99. NS/NR

**K3 19.** O(a) Sr.(a)/você fuma atualmente algum outro produto do tabaco, como cachimbo?

0. não (pular para K3 20.)

1. sim

9. NS/NR (pular para K3 20.)

K3 19.a. Com que frequência?

1. |\_\_|\_\_| por dia

2. |\_\_|\_\_| por semana

3. |\_\_|\_\_| por mês

99. NS/NR

**K3 20.** O(a) Sr.(a)/você fuma atualmente algum outro produto do tabaco, como charuto?

0. não (pular para K3 21.)

1. sim

9. NS/NR (pular para K3 21.)

K3 20.a. Com que frequência?

1. |\_\_|\_\_| por dia

2. |\_\_|\_\_| por semana

3. |\_\_|\_\_| por mês

99. NS/NR

**K3 21.** O(a) Sr.(a)/você fuma atualmente algum outro produto do tabaco, como cigarro de palha?

0. não (pular para K3 22.)

1. sim

9. NS/NR (pular para K3 22.)

K3 21.a. Com que frequência?

1. |\_\_|\_\_| por dia

2. |\_\_|\_\_| por semana

3. |\_\_|\_\_| por mês

99. NS/NR

**K3 22.** O(a) Sr.(a)/você fuma atualmente algum outro produto do tabaco, como cigarro enrolado de tabaco?

0. não (pular para K3 23)

1. sim

9. NS/NR (pular para K3 23)

K3 22.a. Com que frequência?

1. |\_\_|\_\_| por dia

2. |\_\_|\_\_| por semana

3. |\_\_|\_\_| por mês

99. NS/NR

**K3 23.** O(a) Sr.(a)/você **usa atualmente** algum outro produto do tabaco, como rapé?

0. não (**pular para K3 24**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para K3 24**)

K3 23.a. Com que frequência?

1. |\_\_|\_\_| por dia

2. |\_\_|\_\_| por semana

3. |\_\_|\_\_| por mês

99. NS/NR

**K3 24.** O(a) Sr.(a)/você **fuma atualmente** algum **outro produto do tabaco**?

0. não (**pular para K3 25**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para K3 25**)

K3 24.a. Se sim, qual(is)? **(+1)**

---

---

99. NS/NR

K3 24.b. Com que frequência?

1. |\_\_|\_\_| por dia

2. |\_\_|\_\_| por semana

3. |\_\_|\_\_| por mês

99. NS/NR

**K3 25.** Na sua **casa**: (*Ler as opções de resposta*)

1. é permitido fumar em qualquer lugar

2. é permitido fumar em alguns lugares

3. não é permitido fumar em nenhum lugar

9. NS/NR

**K3 26.** No seu **local de trabalho**: (*Ler as opções de resposta*)

1. é permitido fumar em qualquer lugar

2. é permitido fumar em alguns lugares

3. não é permitido fumar em nenhum lugar

4. não trabalha

9. NS/NR

**K3 27.** **Quanto tempo por dia**, em média, o(a) Sr.(a)/você fica **exposto(a) à fumaça do cigarro (quando fuma)** ou fica próximo de alguém fumando?

(Esta questão deve ser aplicada para fumantes e não fumantes)

|\_\_|\_\_| horas/ dia

|\_\_|\_\_| minutos/ dia

99. NS/NR

**K3 28.** Você **conhece** o **'Programa de Combate ao Tabagismo'** da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo?

0. não

1. sim

9. NS/NR

## BLOCO K4 - CONSUMO DE BEBIDAS

**K4 01.** Qual é a **bebida de sua preferência** (*alcoólica ou não alcoólica*)?

### **BEBIDAS NÃO ALCOÓLICAS**

1. Água
2. Leite ou achocolatado
3. Café
4. Café com leite ou capuccino
5. Chá ou chimarrão
6. Refrigerante
7. Refrigerante diet, light ou zero
8. Suco de fruta natural/ polpa congelada
9. Suco industrializado (pronto, concentrado, em pó ou xarope)
10. Iogurte
11. Vitamina de frutas com ou sem leite
12. Bebida energética (*Red Bull, Flash Power*) ou isotônica (*Gatorade, SportDrink, Marathon* etc.)
13. Cerveja sem álcool
14. Outras bebidas não alcoólicas

### **BEBIDAS ALCOÓLICAS FERMENTADAS**

15. Vinho
16. Champagne ou Sidra
17. Chopp ou cerveja
18. Saquê
19. Outros fermentados

### **BEBIDAS ALCOÓLICAS DESTILADAS**

20. Uísque
21. Aguardente/ Pinga
22. Vodca
23. Conhaque
24. Rum
25. Gim
26. Tequila
27. Steinhäger
28. Destilado com refrigerante (Hi-Fi, Cuba Libre, gim tônica, uísque com guaraná etc.)
- 29 - Outros destilados

### **POR MISTURA OU COQUETÉIS**

30. Licor
31. “Batida” com destilado (vodca, uísque, cachaça, etc. – inclui caipirinha!)
32. “Batida” com fermentado (c/ vinho, champagne ou caracu)
33. Ponche ou Sangria
34. Cooler
35. “Ices”
36. Bitters ou amargos ou aperitivos (Campari, St. Remy, St. Raphael, Cynar, Jurubeba, Catuaba)
37. Vermutes (Martini, Contini, Cinzano)
38. Outras bebidas por mistura ou coquetéis
39. Outras bebidas alcoólicas
40. Não tem bebida de preferência
- 99 - NS/NR

**Se referir bebida alcoólica (códigos 15 a 39) (pular para K4 07.)**

K4 02. O(a) Sr.(a)/você já experimentou algum tipo de bebida alcoólica?

0. não (**encerrar o Bloco**)

1. sim

9. NS/NR (**encerrar o Bloco**)

K4 03. O(a) Sr.(a)/você **tem ou já teve o costume de ingerir bebida alcoólica** com alguma frequência ou mesmo ocasionalmente?

0. não, nunca teve o hábito de beber (**encerrar o Bloco**)

1. sim, teve mas não bebe mais (**pular para K4 05.**)

2. sim, tem o hábito de beber

9. NS/NR (**encerrar o bloco**)

K4 04. Qual é a **bebida alcoólica de sua preferência**?

**TODOS - PULAR PARA K4 07.**

**FERMENTADAS**

1. Vinho

2. Champagne ou Sidra

3. Chopp ou cerveja

4. Saquê

5. Outros fermentados

**DESTILADAS**

6. Uísque

7. Aguardente / Pinga

8. Vodca

9. Conhaque

10. Rum

11. Gim

12. Tequila

13. Steinhaeger

14. Destilado com refrigerante (Hi-Fi, Cuba Libre, gim tônica, uísque com guaraná etc.)

15. Outros destilados

16. Licor

17. "Batida" com destilado (vodca, uísque, cachaça etc – inclui caipirinha!)

18. "Batida" com fermentado (c/ vinho, champagne ou caracu)

19. Ponche ou sangria

20. Cooler

21. "Ices"

22. Bitters ou amargos ou aperitivos (Campari, St. Remy, St. Raphael, Cynar, Jurubeba, Catuaba)

23. Vermutes (Martini, Contini, Cinzano)

24. Outras bebidas por mistura ou coquetéis

25. Outra bebida não determinada

26. Gosta de muitos tipos de bebidas alcoólicas.

27. Não tem bebida alcoólica de preferência

99. NS/NR

K4 05. Há **quanto tempo** o(a) Sr.(a)/você **NÃO ingere** bebida alcoólica?

0. não bebe há mais de um ano (**responder a K4 06 e encerrar o bloco**)

1. parou de beber há menos de um ano

9. NS/NR (**responder a K4 06 e encerrar o bloco**)

**K4 06.** Qual foi o **motivo** que o(a) levou a **parar de beber?** (+1)

1. surgimento de doença
2. abuso de bebida no passado
3. uso de medicamentos
4. medo de ter doenças
5. porque faz mal para a saúde
6. experiências negativas com bebida na família/ com conhecidos/ com amigos
7. religião
8. não gosta
9. outros
99. NS/NR

**TODOS (encerrar o Bloco para quem respondeu 1 ou 9 na anterior)**

**PARA PESSOAS COM 10 ANOS OU MAIS**

Agora, iremos perguntar sobre o consumo de bebidas alcoólicas **nos últimos 12 meses.**

*(Entrevistador: lembre-se que 1 dose corresponde a 1 taça de vinho ou 1 dose de destilado (uísque, vodca, cachaça) ou 1 lata de cerveja.)*

**K4 07.** Com que **frequência** o(a) Sr.(a)/você **consome (consumia)** bebidas alcoólicas?

1. nunca
2. uma vez por mês ou menos
3. duas a quatro vezes por mês
4. duas a três vezes por semana
5. quatro ou mais vezes por semana
9. NS/NR

**K4 08.** Quantas **doses de álcool** o(a) Sr.(a)/você **consome (consumia)** num **dia normal** em que bebe?

0. zero ou um **(se respondeu as alternativas 0 ou 1 na K4 07. Encerrar o Bloco)**
1. dois ou três
2. quatro
3. cinco
4. seis ou sete
5. oito ou mais
9. NS/NR

**K4 09.** Com que **frequência** o(a) Sr.(a)/você **consome (consumia)** **cinco ou mais doses** em uma **única ocasião?**

0. nunca
1. menos que uma vez por mês
2. uma vez por mês
3. uma vez por semana
4. quase todos os dias
9. NS/NR

- K4 10. **Quantas vezes** ao longo dos **últimos doze meses** o(a) Sr.(a)/você **achou que não conseguiria parar de beber** uma vez tendo começado?
0. nunca
  1. menos que uma vez por mês
  2. uma vez por mês
  3. uma vez por semana
  4. quase todos os dias
  9. NS/NR
- K4 11. **Quantas vezes** ao longo dos **últimos doze meses** o(a) Sr.(a)/você **não conseguiu fazer o que era esperado** do(a) Sr.(a)/você por causa do álcool?
0. nunca
  1. menos que uma vez por mês
  2. uma vez por mês
  3. uma vez por semana
  4. quase todos os dias
  9. NS/NR
- K4 12. **Quantas vezes** ao longo dos **últimos doze meses** o(a) Sr.(a)/você **precisou beber pela manhã** para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?
0. nunca
  1. menos que uma vez por mês
  2. uma vez por mês
  3. uma vez por semana
  4. quase todos os dias
  9. NS/NR
- K4 13. **Quantas vezes** ao longo dos **últimos doze meses** o(a) Sr.(a)/você **se sentiu culpado ou com remorso** após ter bebido?
0. nunca
  1. menos que uma vez por mês
  2. uma vez por mês
  3. uma vez por semana
  4. quase todos os dias
  9. NS/NR
- K4 14. **Quantas vezes** ao longo dos **últimos doze meses** o(a) Sr.(a)/você **foi incapaz de lembrar o que aconteceu** devido à bebida?
0. nunca
  1. menos que uma vez por mês
  2. uma vez por mês
  3. uma vez por semana
  4. quase todos os dias
  9. NS/NR



K4 15. O(a) Sr.(a) **já causou ferimentos ou prejuízos** ao(a) Sr.(a)/você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

- 0. não
- 1. sim, mas não no último ano
- 2. sim, durante o último ano
- 9. NS/NR

K4 16. **Alguém** ou algum parente, amigo ou médico, **já se preocupou com o fato** de o(a) Sr.(a)/você **beber** ou **sugeriu** que o(a) Sr.(a)/você **parasse**?

- 0. não
- 1. sim, mas não no último ano
- 2. sim, durante o último ano
- 9. NS/NR

K4 17. **Alguma vez** o(a) Sr.(a)/você **sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber**?

- 0. não (**encerrar o Bloco**)
- 1. sim
- 9. NS/NR (**encerrar o Bloco**)

K4 18. O(a) Sr.(a)/você **procurou o serviço de saúde** ou **alguma outra instituição de apoio** para ajudá-lo a diminuir a quantidade de bebida ou a parar de beber?

- 1. não (**encerrar o Bloco**)
- 2. sim, serviço de saúde
- 3. sim, outra instituição de apoio
- 9. NS/NR (**encerrar o Bloco**)

K4 19. Qual foi o **motivo** que o (a) levou a **parar de ingerir bebidas alcoólicas**? (+1)

- 1. surgimento de doença
- 2. abuso de bebida no passado
- 3. uso de medicamentos
- 4. medo de ter doenças
- 5. porque faz mal para a saúde
- 6. experiências negativas com bebida na família/ com conhecidos/ com amigos
- 7. religião
- 8. não gosta
- 9. outros
- 99. NS/NR

**BLOCO L - CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DO/A ENTREVISTADO/A**

*Se o entrevistado for a/o responsável, pular para o Bloco M*

**L 01.** Qual é a sua **cor ou raça**?

1. branca
2. preta
3. amarela
4. parda
5. indígena
9. NS/NR

**L 02a.** Qual é a sua **religião**?

1. nenhuma (**pular para L 03.**)
2. evangélica
3. católica
4. espírita
5. judaica
6. budismo
7. umbanda
8. candomblé
9. islâmica
10. outra
99. NS/NR (**pular para L 03.**)

**L 02b.** Com que **frequência**, normalmente, o Sr.(a)/você vai a **igreja, mesquita, sinagoga, templo, terreiro ou outro local de culto?**  
**(Ler as opções de resposta)**

1. não frequenta
2. menos que 1 vez/ mês
3. pelo menos 1 vez/ mês, mas menos que 1 vez por semana
4. uma vez/ semana
5. mais de 1 vez/ semana
9. NS/NR

**L 03.** Onde o Sr.(a)/você nasceu?

1. em São Paulo (capital) (**pular para L 05a.**)
2. em outro município do estado de São Paulo
3. em outro município de outro estado
4. em outro país (**pular para L 03c.**)
9. NS/NR (**pular para L 05a.**)

**L 03a.** Se em **outro município**, qual?

---

99. NS/NR

L 03b. Se em **outro estado**, qual UF?

1. Acre
2. Alagoas
3. Amapá
4. Amazonas
5. Bahia
6. Ceará
7. Espírito Santo
8. Goiás
9. Maranhão
10. Mato Grosso
11. Mato Grosso do Sul
12. Minas Gerais
13. Pará
14. Paraíba
15. Paraná
16. Pernambuco
17. Piauí
18. Rio de Janeiro
19. Rio Grande do Norte
20. Rio Grande do Sul
21. Rondônia
22. Roraima
23. Santa Catarina
24. São Paulo
25. Sergipe
26. Tocantins
27. Distrito Federal
99. NS/NR

L 03c. Se em **outro país**, qual?

1. Argentina
2. Bolívia
3. China
4. Colômbia
5. Congo
6. Coreia do Sul
7. Espanha
8. Haiti
9. Itália
10. Japão
11. Líbano
12. Paraguai
13. Peru
14. Portugal
15. Síria
16. Venezuela
17. outro
99. NS/NR

L 03c.1. Se não forem nenhum desses mencionados, **qual outro país?**

---

99. NS/NR

L 04. Em que ano o Sr (a)/ você se mudou para o município de São Paulo?

Ano: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (4 dígitos)

L 05a. Para sabermos se no(s) bairro(s) em que você morou havia água fluoretada (que previne a ocorrência de cáries), o Sr(a)/você poderia informar os **4 locais em que morou mais tempo na sua vida**, seja no município de São Paulo ou em outro município?

1. sempre morei nesse domicílio (**pular para L 06a.**)
2. sempre morei nesse bairro (**pular para L 06a.**)
3. morei em outros locais (*preencher quadro abaixo*)

L 05b. – Quadro de locais onde morou

No caso de bairro atual lançar como período final o ano vigente

	Bairro	Município	Estado	País	Período	
					de	até
1						
2						
3						
4						

L 06a. Qual é o seu estado civil? (*Ler as opções de resposta*)

1. Casado(a)
2. Divorciado(a) ou desquitado(a) ou separado(a) judicialmente
3. Viúvo(a)
4. Solteiro (a)
9. NS/NR

L 06b. Tem **cônjuge ou companheiro(a) que mora** neste domicílio?

0. não
1. sim
9. NS/NR

L 06c. Qual é a **natureza dessa união**?

1. Casamento civil
2. União estável (convivência)
3. Outra
9. NS/NR

L 07a. O Sr.(a)/você tem filhos vivos?

0. não (**pular para L 08a.**)
1. sim
9. NS/NR (**pular para L 08a.**)

L 07b. **Quantos?**

|\_\_|\_\_| filhos

99. NS/NR

**L 08a. O Sr.(a)/você frequenta atualmente algum curso regular em escola ou universidade/faculdade?**

0. não (**pular para L 08c.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para L 08c.**)

**L 08b. A escola ou faculdade que o Sr.(a)/você frequenta é pública ou privada (particular)?**

1. pública

2. particular ou privada

9. NS/NR

**L 08c. Até que ano da escola o Sr.(a)/você completou?**

1. nunca frequentou, não sabe ler e escrever

2. nunca frequentou, sabe ler e escrever

3. 1º ano do Ensino Fundamental (1º grau ou Primário) - antigo pré

4. 2º ano do Ensino Fundamental (1º grau ou Primário) – antiga 1ª. série

5. 3º ano do Ensino Fundamental (1º grau ou Primário) – antiga 2ª. série

6. 4º ano do Ensino Fundamental (1º grau ou Primário) – antiga 3ª. série

7. 5º ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (1ª série do Ginásio) – antiga 4ª. série

8. 6º. ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (2ª série do Ginásio) – antiga 5ª. série

9. 7º. ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (3ª série do Ginásio) – antiga 6ª. série

10. 8º.ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (4ª série do Ginásio) – antiga 7ª. série

11. 9º.ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (4ª série do Ginásio) – antiga 8ª. Série

12. 1ª série do Ensino Médio (2º grau ou Colegial)

13. 2ª série do Ensino Médio (2º grau ou Colegial)

14. 3ª série do Ensino Médio (2º grau ou Colegial)

15. cursos técnicos de nível médio incompletos

16. cursos técnicos de nível médio completos

17. curso superior incompleto

18. curso superior completo

19. pós-graduação incompleto

20. pós-graduação completo

99. NS/NR

**L 09a. Atualmente o Sr.(a)/você exerce alguma atividade de trabalho, seja ela remunerada ou não?**

1. sim, em atividade

2. sim, mas afastado por motivo de doença

3. sim, e também aposentado

4. não, desempregado

5. não, aposentado

6. não, dona de casa

7. não, pensionista

8. não, só estudante

9. outros

99. NS/NR

(6 a 9 e 99 - pular para L 13a.)

L 09b. Qual é/era a sua **ocupação em seu trabalho principal?** (especificar se aposentado, qual era a sua ocupação)

---

---

99. NS/NR

L 09c. Especifique qual é/era a **atividade do estabelecimento, empresa, negócio ou instituição em que trabalha/trabalhou.**

---

---

99. NS/NR

**L 09d.** No seu trabalho **principal** o Sr.(a)/você é/era:

1. empregado(a) assalariado(a) estatutário ou com carteira profissional assinada
2. empregado(a) assalariado(a) sem carteira profissional assinada
3. empregado(a) familiar não remunerado(a)
4. conta própria ou autônomo(a) com estabelecimento
5. conta própria ou autônomo(a) sem estabelecimento
6. empregador(a) com até 5 funcionários fixos
7. empregador(a) com mais de 5 funcionários fixos
8. trabalhador(a) sem remuneração
9. NS/NR

L 09e. **Quantas horas** o Sr.(a)/você **trabalha ou trabalhava** em média, por semana, no **trabalho principal?**

|\_\_|\_\_| horas

99. NS/NR

**DESEMPREGADOS E APOSENTADOS, alternativa 4 e 5 da questão L 09a. (pular para L 13a.)**

L 09f. Qual a **modalidade do seu trabalho atual?**

1. trabalho remoto
2. semipresencial
3. presencial
9. NS/NR

L 10. Qual foi o seu **rendimento líquido** no **mês passado** com o **trabalho principal?**

R\$: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_, 00

99999. NS/NR

L 11. O Sr.(a)/você tem **algum outro tipo de trabalho remunerado** além do principal?

0. não (**pular para L 13a.**)
1. sim
9. NS/NR (**pular para L 13a.**)

L 12. Quantas **horas** o Sr.(a)/você trabalha, **por semana, nos demais trabalhos?**

|\_|\_| horas

99. NS/NR

L 13a. O Sr.(a)/você recebeu algum tipo de rendimento como **aposentadoria, pensão ou bolsa** no **mês passado?**

0. não **(pular para L 14a.)**

1. sim

9. NS/NR **(pular para L 14a.)**

L 13b. Qual foi o seu **rendimento líquido** no **mês passado** com **aposentadoria, pensão ou bolsa?**

R\$: |\_|\_|\_|\_|\_|, 00

99999. NS/NR

L 14a. Considerando **todos os seus rendimentos**, com as ocupações, com pensões, bolsas, aluguéis e outros, qual foi o seu **rendimento líquido global** no **mês passado?**

R\$: |\_|\_|\_|\_|\_|, 00 **(se responder 0 no valor da renda - encerrar o Bloco)**

99999. NS/NR

L 14b. Mas, fazendo um cálculo aproximado o Sr.(a)/você diria que a sua **renda média líquida global**, equivalente ao salário-mínimo, no **mês passado** se situa: **(Ler as opções de resposta)**

*Recomenda-se que a/o entrevistador/a informe o valor do salário-mínimo nacional vigente no ano da pesquisa (R\$1.320,00)*

1. inferior a 1 SM

2. entre 1 SM e 2 SM

3. entre 3 SM e 4 SM

4. entre 5 SM e 9 SM

5. entre 10 SM e 20 SM

6. acima de 20 SM

9. NS/NR

**BLOCO M - CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA E DOMICÍLIO**

*(DEVERÁ SER RESPONDIDO PREFERENCIALMENTE PELO(A) RESPONSÁVEL DA FAMÍLIA)*

*(PREENCHER UM BLOCO PARA CADA FAMÍLIA)*

As perguntas M 03 a M 11 devem ser respondidas pelo(a) entrevistador(a). *[Apenas em caso de dúvida, pergunte a(ao) entrevistado(a)].*

M 01. Nº do domicílio: |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|  
                                  **distrito**          **setor**          **nº ordem sorteio**

M 02. Nº da família: |\_\_|

M 03. **Caracterização** do domicílio:

1. casa de alvenaria, com revestimento, cobertura de telha ou laje, com piso, finalizada
2. apartamento
3. casa precária sem reboque, ainda sem finalizar, ou com piso de terra
4. barraco
5. casa de cômodos/cortiço
6. outro
9. NS/NR

M 04. A rua onde o domicílio se encontra é **pavimentada**?

0. não                                      1. sim                                      9. NS/NR

M 05. A rua onde o domicílio se encontra tem **calçadas e sarjetas**?

0. não                                      1. sim                                      9. NS/NR

M 06. A **rua** onde o domicílio se encontra tem **iluminação pública**?

0. não                                      1. sim                                      9. NS/NR

M 07. No **domicílio** tem **água da rede pública canalizada** dentro da casa?

0. não                                      1. sim                                      9. NS/NR

M 08. No **domicílio** tem **iluminação elétrica**?

0. não                                      1. sim                                      9. NS/NR

M 09. É ligado à **rede de esgoto**?

0. não                                      1. sim                                      9. NS/NR

M 10. Tem **coleta pública do lixo**?

0. não                                      1. sim                                      9. NS/NR

M 11. Tem **sanitário ou banheiro interno**?

0. não                                      1. sim                                      9. NS/NR



M 12. Este domicílio em que o(a) Sr.(a)/você mora é **próprio ou alugado**?

1. próprio, quitado
2. próprio, pagando
3. alugado
4. cedido
5. invadido
6. outra condição
9. NS/NR

M 13. **Quantos cômodos** existem neste domicílio, incluindo cozinha e banheiro?

|\_|\_| 99. NS/NR

M 14. **Quantos banheiros** existem neste domicílio?

|\_|\_| 99. NS/NR

**Os moradores deste domicílio contam com os seguintes equipamentos/bens?**

M 15. Geladeira?

0. não 1. sim 9. NS/NR

M 16. Freezer (separado ou junto com a geladeira)?

0. não 1. sim 9. NS/NR

M 17. Máquina de lavar roupa? (*não considerar tanquinho*)

0. não 1. sim 9. NS/NR

M 18. Secadora de roupa

0. não 1. sim 9. NS/NR

M 19. Forno de micro-ondas?

0. não 1. sim 9. NS/NR

M 20. DVD?

0. não 1. sim 9. NS/NR

M 21. Máquina de lavar louça?

0. não 1. sim 9. NS/NR

M 22. Telefone fixo? (linha telefônica residencial)

0. não (**pular para M 23.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para M 23.**)

M 22a. Quantos?

|\_|\_|

99. NS/NR

**M 23.** Telefone celular?

0. não (**pular para M 27.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para M 27.**)

M 23a. Quantos?

|\_|\_|

99. NS/NR

**M 27.** Computador, notebook ou laptop?

0. não (**pular para M 28.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para M 28.**)

M 27a. Quantos?

|\_|\_|

99. NS/NR

**M 28.** Motocicleta?

0. não

1. sim

9. NS/NR

M 28a. Quantos?

|\_|\_|

99. NS/NR

M 29. Carro?

0. não

1. sim

9. NS/NR

M 29a. Quantos?

|\_|\_|

99. NS/NR

M 30. Algum morador tem acesso à Internet no domicílio por meio de computador, tablet, telefone móvel celular, televisão ou outro equipamento?

0. não

1. sim

9. NS/NR

M 31. Este domicílio conta com o serviço de **empregada doméstica**?

0. não (**pular para M 33a.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para M 33a.**)

M 32. Se sim, **quantos dias na semana**?

|\_|

9. NS/NR

**M 33a.** Na sua casa ao **descartar o lixo**, é feita uma **separação** entre o **lixo reciclável** e o **orgânico**?

0. não

1. sim

9. NS/NR

**M 33b.** Na sua casa, **onde** são **descartadas** as **pilhas e baterias**?

---

---

99. NS/NR

**M 33c.** Na sua casa, **onde** são **descartadas** as **lâmpadas**?

---

---

99. NS/NR

**M 34a.** O(a) Sr.(a). acha que está **exposto(a)** ou tem contato com algum tipo de contaminação ou de **poluição**?

0. não **(pular para M 35a.)**

1. sim

9. NS/NR **(pular para M 35a.)**

**M 34b.** A que **tipo de contaminação** ou poluição o(a) Sr.(a) acha que está **exposto** ou tem contato? **(+1)**

1. água contaminada / poluída

2. verduras e frutas com agrotóxicos

3. alimentos em geral com outro tipo de contaminação

4. leite adulterado ou de animais tratados com hormônios

5. carnes com hormônios

6. alimentos transgênicos

7. ruído

8. radiação (celular, antenas e torres)

9. fumaça de queimadas

10. poluição/ emissões de veículos automotores

11. poluição / emissões de indústrias / fábricas

12. ar poluído (inespecífico)

13. painéis de propaganda/ luminosos etc.

14. outro

99. NS/NR

**M 34c.** Existe alguma **fonte ou local de poluição** ou contaminação **próximo a sua moradia**?

0. não **(pular para M 35a.)**

1. sim

9. NS/NR **(pular para M 35a.)**

M 34d. De que **tipo é a contaminação ou poluição existente?** (+1)

1. esgoto nas ruas
2. riacho/córrego/rio/lagoa etc. contaminado
3. queimadas
4. ruas ou avenidas muito movimentadas produzindo poluição dos veículos automotores
5. ruas não pavimentadas produzindo poeira
6. fábricas/ indústria com emissões de fumaça, gases, poeira
7. fábricas/indústrias com emissão de odores/cheiros incômodos
8. fábrica/ indústria com emissão de ruído
9. ponto de coleta e classificação de recicláveis em geral
10. fábrica/local de reciclagem de baterias
11. indústria de galvanoplastia / cromados
12. ferro velho
13. oficina mecânica/funilaria
14. posto de gasolina
15. lixão ou aterro sanitário em funcionamento
16. aterro de lixo ou de despejo de resíduos indústrias
17. lixo em terreno baldio
18. antenas de rádio / TV
19. antenas de celular
20. torres de alta tensão
21. água contaminada ou poluída
22. ruído sonoro
23. poluição do ar por fontes fixas (fábricas, marcenaria, marmoraria, funilaria).
24. poluição do ar por fontes móveis (motos, automóveis, caminhões)
25. poluição do ar (queimadas)
26. microplástico
27. outras
99. NS/NR

**Agora vamos falar sobre rendimentos da família no mês passado**

**M 35a. Quantas** pessoas na família tiveram **rendimentos no mês passado?**

|\_\_|\_\_| se for igual a zero pular para M 37.

99. NS/NR (pular para M 37.)

M 35b. **Rendimentos líquidos**, incluindo os membros da família com rendimento no **mês anterior**:

*(Repetir para todas as pessoas que tiverem renda na família, no mês passado)*

	M 35a. Primeiro nome da pessoa que teve rendimento:	M 35b. Relação com o responsável pela família: <i>1. responsável pela família</i> <i>2. cônjuge/companheiro(a)</i> <i>3. filho(a)/ enteado(a)</i> <i>4. outro parente</i> <i>5. agregado</i> <i>6. outro</i> <i>9. NS/NR</i>	
	M 35a.1. a M 35a.10.	M 35b.1. a M 35b.10.	M 35c.1. a M 35c.10.
1			R\$  _ _ _ _ _ ,00 99999. NS/NR
2			R\$  _ _ _ _ _ ,00 99999. NS/NR
3			R\$  _ _ _ _ _ ,00 99999. NS/NR
4			R\$  _ _ _ _ _ ,00 99999. NS/NR
5			R\$  _ _ _ _ _ ,00 99999. NS/NR
6			R\$  _ _ _ _ _ ,00 99999. NS/NR
7			R\$  _ _ _ _ _ ,00 99999. NS/NR
8			R\$  _ _ _ _ _ ,00 99999. NS/NR
9			R\$  _ _ _ _ _ ,00 99999. NS/NR
10			R\$  _ _ _ _ _ ,00 99999. NS/NR

M 35c. Qual foi a **renda média líquida global da família** no mês passado?

R\$: |\_|\_|\_|\_|\_|, 00 *(se responder 0 no valor da renda - pule para M 37.)*

99999. NS/NR

M 36. Mas, fazendo um cálculo aproximado o(a) Sr.(a) diria que a **renda média líquida global da família no mês anterior (em salários-mínimos)** se situa: ***(Ler as opções de resposta)***

*Recomenda-se que a/o entrevistador/a informe o valor do salário-mínimo nacional vigente no ano da pesquisa (R\$1.320,00)*

1. inferior a 1 SM
2. entre 1 SM e 2 SM
3. entre 3 SM e 4 SM
4. entre 5 SM e 9 SM
5. entre 10 SM e 20 SM
6. acima de 20 SM
9. NS/NR

**Agora vamos conversar sobre algumas questões sobre a ocorrência de óbitos por COVID-19 no seu domicílio**

**M 37.** Alguma pessoa que morava neste domicílio **faleceu por COVID-19?**

- 0. Não **(pular quadro)**
- 1. Sim
- 9. NS/NR **(pular quadro)**

M 37.a. Se sim, quantas?

|\_|\_| 9. NS/NR

**M37b. Quadro óbitos por COVID-19**

Nº falecido	Sexo	Idade	Mês e ano do óbito
	1. masculino 2. feminino		
1	_	_ _  meses (para menores de 1 anos)  _ _  anos	_ _  mês  _ _ _ _  ano
2	_	_ _  meses (para menores de 1 anos)  _ _  anos	_ _  mês  _ _ _ _  ano
3	_	_ _  meses (para menores de 1 anos)  _ _  anos	_ _  mês  _ _ _ _  ano

**M 38. Quem respondeu a este bloco?** [a ser respondido pelo(a) entrevistador(a)]

- 1. o(a) responsável pela família
- 2. o(a) cônjuge
- 3. o(a) filho(a) ou o enteado(a)
- 4. outro(a) parente

## BLOCO N1 – CARACTERÍSTICAS DO(A) RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO

(a ser respondido pelo(a) responsável pelo domicílio)

**N1 01.** Qual é a sua cor ou raça?

1. branca
2. preta
3. amarela
4. parda
5. indígena
9. NS/NR

**N1 02a.** Qual é a sua religião?

1. nenhuma (**pular para N1 03.**)
2. evangélica
3. católica
4. espírita
5. judaica
6. budismo
7. umbanda
8. candomblé
9. islâmica
10. outra
99. NS/NR (**pular para N1 03.**)

**N1 02b.** Com que frequência, normalmente, o Sr.(a)/você vai a igreja, mesquita, sinagoga, templo, terreiro ou outro local de culto?

1. não frequenta
2. menos que 1 vez/ mês
3. pelo menos 1 vez/ mês, mas menos que 1 vez por semana
4. uma vez/ semana
5. mais de 1 vez/ semana
9. NS/NR

**N1 03.** Onde o Sr.(a)/você nasceu?

1. em São Paulo (capital) (**pular para N1 05a.**)
2. em outro município do estado de São Paulo
3. em outro município de outro estado
4. em outro país (**pular para N1 03c.**)
9. NS/NR (**pular para N1 05a.**)

**N1 03a.** Se em outro município, qual?

---

99. NS/NR

N1 03b. Se em **outro estado**, qual?

1. Acre
2. Alagoas
3. Amapá
4. Amazonas
5. Bahia
6. Ceará
7. Espírito Santo
8. Goiás
9. Maranhão
10. Mato Grosso
11. Mato Grosso do Sul
12. Minas Gerais
13. Pará
14. Paraíba
15. Paraná
16. Pernambuco
17. Piauí
18. Rio de Janeiro
19. Rio Grande do Norte
20. Rio Grande do Sul
21. Rondônia
22. Roraima
23. Santa Catarina
24. São Paulo
25. Sergipe
26. Tocantins
27. Distrito Federal
99. NS/NR

N1 03c. Se em **outro país**, qual?

1. Argentina
2. Bolívia
3. China
4. Colômbia
5. Congo
6. Coreia do Sul
7. Espanha
8. Haiti
9. Itália
10. Japão
11. Líbano
12. Paraguai
13. Peru
14. Portugal
15. Síria
16. Venezuela
17. outro
99. NS/NR

N1 03c.1. Se **outro**, qual?

---

99. NS/NR



N1 04. Em que **ano** você se **mudou** para o **município de São Paulo**?

Ano: |\_|\_|\_|\_| (4 dígitos)

9999. NS/NR

**N1 05.** Para sabermos se no(s) bairro(s) em que o Sr(a) /você morou havia água fluoretada (que previne a ocorrência de cáries), o Sr(a)/ você poderia informar os **4 locais em que morou mais tempo na sua vida**, seja no município de São Paulo ou em outro município?

1. sempre morei nesse domicílio (**pular para N1 06a.**)
2. sempre morei nesse bairro (**pular para N1 06a.**)
- 3 morei em outros locais (*preencher quadro abaixo*)

N1 05b. – Quadro de locais onde morou

No caso de bairro atual lançar como período final o ano vigente

	Bairro	Município	Estado	País	Período		
					de	até	
1						_ _ _ _	_ _ _ _
2						_ _ _ _	_ _ _ _
3						_ _ _ _	_ _ _ _
4						_ _ _ _	_ _ _ _

**N1 06a.** Qual é o seu **estado civil**? (*Ler as opções de resposta*)

1. Casado(a)
2. Divorciado(a) ou desquitado(a) ou separado(a) judicialmente
3. Viúvo (a)
4. Solteiro(a)
9. NS/NR

N1 06b. Tem **cônjuge ou companheiro(a)** que **mora neste domicílio**?

0. Não (**pular para N1 07a.**)
1. Sim
9. NS/NR (**pular para N1 07a.**)

N1 06c. Qual é a **natureza dessa união**?

1. Casamento civil
2. Casamento religioso
3. Casamento civil e religioso
4. União estável
5. Informal
9. NS/NR

N1 07a. O Sr.(a)/você tem **filhos vivos**?

0. Não (**pular para N1 08a.**)
1. Sim
9. NS/NR (**pular para N1 08a.**)

N1 07b. **Quantos?**

|\_\_|\_\_| filhos

99. NS/NR

**N1 08a.** O Sr.(a)/você frequenta atualmente algum curso regular em escola ou universidade/faculdade?

0. não (**pular para N1 08c.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para N1 08c.**)

N1 08b. A escola ou faculdade que você frequenta é **pública ou privada** (particular)?

1. pública

2. particular ou privada

9. NS/NR

**N1 08c.** Até que ano da escola o Sr.(a)/você completou?

1. nunca frequentou, não sabe ler e escrever

2. nunca frequentou, sabe ler e escrever

3. 1º ano do Ensino Fundamental (1º grau ou Primário) - antigo pré

4. 2º ano do Ensino Fundamental (1º grau ou Primário) – antiga 1ª. série

5. 3º ano do Ensino Fundamental (1º grau ou Primário) – antiga 2ª. série

6. 4º ano do Ensino Fundamental (1º grau ou Primário) – antiga 3ª. série

7. 5º ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (1ª série do Ginásio) – antiga 4ª. série

8. 6º. ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (2ª série do Ginásio) – antiga 5ª. série

9. 7º. ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (3ª série do Ginásio) – antiga 6ª. série

10. 8º.ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (4ª série do Ginásio) – antiga 7ª. série

11. 9º.ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (4ª série do Ginásio) – antiga 8ª. Série

12. 1ª série do Ensino Médio (2º grau ou Colegial)

13. 2ª série do Ensino Médio (2º grau ou Colegial)

14. 3ª série do Ensino Médio (2º grau ou Colegial)

15. cursos técnicos de nível médio incompletos

16. cursos técnicos de nível médio completos

17. curso superior incompleto

18. curso superior completo

19. pós-graduação incompleto

20. pós-graduação completo

99. NS/NR

N1 09a. **Atualmente o Sr.(a)/você** exerce alguma **atividade seja ela remunerada ou não remunerada de trabalho?**

1. sim, em atividade
2. sim, mas afastado por motivo de doença
3. sim, e também aposentado
4. não, desempregado
5. não, aposentado
6. não, dona de casa
7. não, pensionista
8. não, só estudante
9. outros
99. NS/NR

6 a 9 e 99 - pular para N1 13a.)

N1 09b. Qual **é/era** a sua **ocupação** em seu trabalho **principal?** *(especificar se aposentado, qual era a sua ocupação)*

---

---

99. NS/NR

N1 09c. Especifique qual **é/era** a **atividade do estabelecimento, empresa, negócio ou instituição em que trabalha/trabalhou.**

---

---

99. NS/NR

**N1 09d.** No seu **trabalho principal o Sr.(a)/você é/era:**

1. empregado(a) assalariado(a) estatutário ou com carteira profissional assinada
2. empregado(a) assalariado(a) sem carteira profissional assinada
3. empregado(a) familiar não remunerado(a)
4. conta própria ou autônomo(a) com estabelecimento
5. conta própria ou autônomo(a) sem estabelecimento
6. empregador(a) com até 5 funcionários fixos
7. empregador(a) com mais de 5 funcionários fixos
8. trabalhador(a) sem remuneração
9. NS/NR

N1 09e. Quantas **horas o Sr.(a)/você** trabalha ou trabalhava em média, por semana, no trabalho **principal?**

|\_\_|\_\_| horas            99. NS/NR

**DESEMPREGADOS E APOSENTADOS, alternativa 4 e 5 da questão N1 09a (pular para N1 13a)**

N1 09f. Qual a **modalidade do seu trabalho atual?**

1. trabalho remoto
2. semipresencial
3. presencial
9. NS/NR

N1 10. Qual foi o seu **rendimento líquido** no **mês passado** com o **trabalho principal**?

R\$: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_, 00

99999. NS/NR

N1 11. O Sr.(a)/você tem algum **outro tipo de trabalho remunerado além do principal**?

0. não (**pular para N1 13a.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para N1 13a.**)

N1 12. **Quantas horas** o Sr.(a)/você trabalha, **por semana**, nos demais trabalhos?

|\_\_|\_\_| horas

99. NS/NR

**N1 13a.** O Sr.(a)/você recebeu **algum tipo de rendimento como aposentadoria, pensão ou bolsa** no **mês passado**?

0. não (**pular para N1 14a.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para N1 14a.**)

N1 13b. Qual foi o seu **rendimento líquido** no **mês passado** com **aposentadoria, pensão ou bolsa**?

R\$: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_, 00

99999. NS/NR

**N1 14a.** Considerando **todos os seus rendimentos**, com as ocupações, com pensões, bolsas, aluguéis e outros, qual foi o seu **rendimento líquido global** no **mês passado**?

R\$: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_, 00 (*se responder 0 no valor da renda - encerrar o Bloco*)

99999. NS/NR

N1 14b. Mas, fazendo um cálculo aproximado o Sr.(a)/você diria que a sua **renda média líquida global**, equivalente ao salário-mínimo, no **mês passado** se situa: (*Ler as opções de resposta*)

*Recomenda-se que a/o entrevistador/a informe o valor do salário-mínimo nacional vigente no ano da pesquisa (R\$1.320,00)*

1. inferior a 1 SM

2. entre 1 SM e 2 SM

3. entre 3 SM e 4 SM

4. entre 5 SM e 9 SM

5. entre 10 SM e 20 SM

6. acima de 20 SM

9. NS/NR

**BLOCO N2 – SEGURANÇA ALIMENTAR - ESCALA BRASILEIRA DE SEGURANÇA ALIMENTAR – 2014**

**Nos últimos anos, como tem havido dificuldade de acesso a alimentos e por isso vamos iniciar um conjunto de questões sobre este tema.**

- N2 01.** Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio **tiveram a preocupação** de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida?
0. não                      1. sim                      9. NS/NR
- N2 02.** Nos últimos três meses, **os alimentos acabaram** antes que os moradores deste domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?
0. não                      1. sim                      9. NS/NR
- N2 03.** Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio **ficaram sem dinheiro** para ter uma alimentação saudável e variada?
0. não                      1. sim                      9. NS/NR
- N2 04.** Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio **comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham**, por que o dinheiro acabou?
0. não                      1. sim                      9. NS/NR
- N2 05.** Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade **deixou de fazer alguma refeição**, por que não havia dinheiro para comprar comida?
0. não                      1. sim                      9. NS/NR
- N2 06.** Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, **comeu menos do que achou que devia**, por que não havia dinheiro para comprar comida?
0. não                      1. sim                      9. NS/NR
- N2 07.** Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, **sentiu fome, mas não comeu**, por que não havia dinheiro para comprar comida?
0. não                      1. sim                      9. NS/NR
- N2 08.** Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, **fez apenas uma refeição ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida?**
0. não                      1. sim                      9. NS/NR
- N2 09. Quem respondeu a este bloco? [para o(a) entrevistador(a) responder]**
1. o (a) responsável
  2. o (a) cônjuge
  3. o filho ou o enteado
  4. outro parente

## BLOCO N3 - VACINAÇÃO DE CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS DE IDADE

*(A SER RESPONDIDO PELO RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA OU RESPONSÁVEL PELAS CRIANÇAS)*

*(considerar as crianças que moram no domicílio do entrevistado)*

**N3 01. Quantas crianças** com a idade entre **0 e 6 anos residem no domicílio?**

|\_\_|\_\_| crianças **(Se nenhuma criança, encerre o bloco e preencha essa questão com 0)**

**N3 02. O Sr(a)/você costuma vacinar suas crianças?**

- 0. não
- 1. sim **(pular para N3 02b.)**
- 9. NS/NR **(pular para N3 04.)**

**N3 02a. Por que NÃO vacina suas crianças? (+1)**

- 1. não recebeu orientação/ não sabia que precisava vacinar
- 2. falta de tempo para ir aos postos de saúde / clínicas de vacinação
- 3. foi orientado por profissional de saúde a não vacinar os filhos com todas ou algumas vacinas
- 4. medo de que as vacinas causem reações prejudiciais à criança
- 5. acredita que há muitas vacinas recomendadas (“vacina demais”)
- 6. acredita que a proteção gerada pela doença é melhor do que a da vacina
- 7. tem desconfiança sobre composição das vacinas
- 8. segue alguma orientação filosófica/religiosa que orienta a não vacinar os filhos
- 9. outro
- 99. NS/NR

todos pular para N3 04.

**N3 02b. O serviço onde o(a) Sr.(a)/você costuma vacinar suas crianças é público ou privado?**

- 1. somente público **(pular para N3 04.)**
- 2. somente privado
- 3. público e privado
- 9. NS/NR **(pular para N3 04.)**

**N3 03. Por que utiliza serviço privado? (+1)**

- 1. falta de vacina no posto de saúde
- 2. vacina aplicada somente no serviço privado
- 3. prefiro serviço particular
- 4. tem horário de atendimento mais flexível
- 5. outro
- 9. NS/NR

**N3 04. Você deseja que sua(s) criança(s) receba(m) todas as vacinas recomendadas?**

- 0. não **(para quem respondeu 0. não ou 9. NS/NR na N3 02. e 0. não nesta pergunta N3 04., encerrar o bloco)**
- 1. sim
- 9. NS/NR

N3 05. A **carteira de vacinação** das crianças **está** em dia/**atualizada**?

0. não
1. sim (**pular para N3 08.**)
9. NS/NR (**pular para N3 08.**)

N3 06. Por que **NÃO vacina** suas crianças com **todas as vacinas**? **(+1)**

1. não recebeu orientação/ não sabia que precisava vacinar
2. falta de tempo para ir aos postos de saúde / clínicas de vacinação
3. foi orientado por profissional de saúde a não vacinar os filhos com todas ou algumas vacinas
4. medo de que as vacinas causem reações prejudiciais à criança
5. acredita que há muitas vacinas recomendadas (“vacina demais”)
6. acredita que a proteção gerada pela doença é melhor do que a da vacina
7. tem desconfiança sobre composição das vacinas
8. segue alguma orientação filosófica/religiosa que orienta a não vacinar os filhos
9. outro
99. NS/NR

N3 07. Qual a **fonte de informação** que lhe **levou a achar que não é necessário** tomar a vacina ou ter medo de reações ou ter desconfiança sobre a composição das vacinas? **(+1)**

1. Jornais
2. Televisão/rádio
3. Redes sociais/internet
4. Parentes
5. Amigos ou conhecidos
6. Contatos/Líder religiosos
7. Profissionais de saúde
9. NS/NR

**N3 08. Quem respondeu a este bloco?** *[a ser preenchido pelo(a) entrevistador(a)]*

1. mãe
2. pai
3. avô/avó
4. irmão/irmã
5. tio/tia
6. outro(a)

N3 08.a. **Se outro(a), quem?**

---

99. NS/NR

## BLOCO P – PRESENÇA DE ANIMAIS

**DEVERÁ SER RESPONDIDO PREFERENCIALMENTE PELO RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO**

**P 00.** Algum(a) morador(a) deste domicílio possui cão ou gato?

1. não possui nem cão e nem gato (**pular para P 10.**)
2. sim, só cão
3. sim, só gato (**pular para P 02.**)
4. sim, ambos
9. NS/NR (**pular para P 10.**)

**P 01.** Quantos cães?

|\_|\_| horas                      99. NS/NR

*(Relacionar até 8 cães, se houver mais do que 8 cães, o(a) entrevistado(a) escolhe sobre quais deseja responder)*

P 01a.1. Nome do cão 1: \_\_\_\_\_ 99. NS/NR

P 01a.2. Nome do cão 2: \_\_\_\_\_ 99. NS/NR

P 01a.3. Nome do cão 3: \_\_\_\_\_ 99. NS/NR

P 01a.4. Nome do cão 4: \_\_\_\_\_ 99. NS/NR

P 01a.5. Nome do cão 5: \_\_\_\_\_ 99. NS/NR

P 01a.6. Nome do cão 6: \_\_\_\_\_ 99. NS/NR

P 01a.7. Nome do cão 7: \_\_\_\_\_ 99. NS/NR

P 01a.8. Nome do cão 8: \_\_\_\_\_ 99. NS/NR

**P 02.** Quantos gatos?

|\_|\_| horas                      99. NS/NR

*(Relacionar até 8 gatos, se houver mais do que 8 gatos, o(a) entrevistado(a) escolhe sobre quais deseja responder)*

P 02a.1. Nome do gato 1: \_\_\_\_\_ 99. NS/NR

P 02a.2. Nome do gato 2: \_\_\_\_\_ 99. NS/NR

P 02a.3. Nome do gato 3: \_\_\_\_\_ 99. NS/NR

P 02a.4. Nome do gato 4: \_\_\_\_\_ 99. NS/NR

P 02a.5. Nome do gato 5: \_\_\_\_\_ 99. NS/NR

P 02a.6. Nome do gato 6: \_\_\_\_\_ 99. NS/NR

P 02a.7. Nome do gato 7: \_\_\_\_\_ 99. NS/NR

P 02a.8. Nome do gato 8: \_\_\_\_\_ 99. NS/NR

Responda um bloco de perguntas sobre cada cão e cada gato que houver no domicílio:



**BLOCO SOBRE CÃES: Agora farei perguntas sobre cada um dos cães do domicílio (Se houver mais do que 8 cães, o(a) entrevistado(a) escolhe sobre quais deseja responder)**

**P 01a. Nome do cão** |\_\_|: \_\_\_\_\_

99. NS/NR

**P 01b. Sexo**

1. Macho

2. Fêmea

9. NS/NR

**P 01c. Idade:**

|\_\_|\_\_| anos

|\_\_|\_\_| meses

99. NS/NR

**P 01d. Foi vacinado contra raiva nos últimos 12 meses?**

0. não

1. sim **(pular para P 01e.)**

9. NS/NR

**P 01d1. Nos últimos 12 meses, qual foi o principal motivo do animal NÃO TER SIDO VACINADO contra a raiva? (Ler as opções de resposta)**

1. não sabia que era necessário vacinar os animais contra a raiva

2. não sabia onde vacinar

3. tem medo de injeção

4. não tinha quem o(a) acompanhasse ao local de vacinação

5. estava com dificuldades financeiras

6. o local de vacinação era muito distante

7. a vacina não estava disponível no local que procurou

8. contraindicação médico-veterinária

9. não acredita que a vacina proteja contra a raiva

10. outro(s)

99. NS/NR

(1 a 9 e 99 - pular para P 01f.)

**P 01d2. Se outro, qual(is)?**

\_\_\_\_\_  
99. NS/NR

(pular para P 01f.)

**P 01e. Onde tomou a vacina?**

1. Campanha

2. Outro serviço público

3. Serviço privado

9. NS/NR

**P 01f. O animal é castrado?**

0. Não

1. Sim **(pular para P 01g.)**

9. NS/NR

**P 01f1.** Qual foi o **principal** motivo para o animal **NÃO ter sido castrado**? (Ler as opções de resposta)

1. tem dó do animal
2. dificuldade para levar
3. não sabe como castrar de graça
4. não tem condições financeiras
5. quer que o animal tenha cria
6. é contrário à castração
7. o animal é estéril
8. o animal foi adquirido castrado
9. outros
99. NS/NR

(1 a 8 e 99 - pular para P 01h.)

**P 01f2.** Se **outro**, qual(is)?

(pular para P 01h.)

**P 01g.** Onde foi castrado?

1. Mutirão da prefeitura
2. Clínica contratada pela prefeitura
3. Clínica particular
4. Outros
9. NS/NR

**P 01h.** Qual a origem do animal?

1. Adoção
2. Nasceu em casa
3. Foi comprado
4. Foi presente
5. Resgatado da rua
6. Outra
9. NS/NR

**P 01i.** Possui o Registro Geral Animal (RGA)?

0. não                      1. sim (pular para P01j.)                      9. NS/NR

**P 01i1.** Qual foi o **principal** motivo para o animal **NÃO possuir Registro Geral Animal (RGA)**? (Ler as opções de resposta)

1. não sabia que existe o RGA
2. não sabia que é obrigatório
3. não acha importante
4. não sabe como / onde fazer
5. o animal possui microchip e considera suficiente
6. o animal usa plaqueta de identificação na coleira e considera suficiente
7. o animal possui microchip e usa plaqueta de identificação na coleira, considera suficiente
9. NS/NR

**P 01j.** O cachorro do(a) Sr.(a)/você tem acesso à rua?

1. sim, sozinho
2. sim, acompanhado e sem coleira
3. sim, acompanhado e com coleira
4. não
9. NS/NR

*As questões P 01 a P 01j devem ser repetidas para cada um dos cães (até 8 cães por domicílio)*

**BLOCO SOBRE GATOS: Agora farei perguntas sobre cada um dos gatos do domicílio (Se houver mais do que 8 gatos, o(a) entrevistado(a) escolhe sobre quais deseja responder)**

**P 02a. Nome do gato** |\_\_|: \_\_\_\_\_ 99. NS/NR

**P 02b. Sexo**

1. Macho                      2. Fêmea                      9. NS/NR

**P 02c. Idade:**

|\_\_|\_\_| anos

|\_\_|\_\_| meses

99. NS/NR

**P 02d. Foi vacinado contra raiva nos últimos 12 meses?**

0. não  
1. sim **(pular para P 02e.)**  
9. NS/NR

**P 02d1.** Nos últimos 12 meses, qual foi o **principal** motivo do animal **NÃO TER SIDO VACINADO** contra a raiva?  
**(Ler as opções de resposta)**

1. não sabia que era necessário vacinar os animais contra a raiva  
2. não sabia onde vacinar  
3. tem medo de injeção  
4. não tinha quem o(a) acompanhasse ao local de vacinação  
5. estava com dificuldades financeiras  
6. o local de vacinação era muito distante  
7. a vacina não estava disponível no local que procurou  
8. contraindicação médico-veterinária  
9. não acredita que a vacina proteja contra a raiva  
10. outro(s)  
99. NS/NR

**(1 a 9 e 99 - pular para P 02f.)**

**P 02d2.** Se **outro**, qual(is)?

\_\_\_\_\_ **(pular para P 02f.)**

99. NS/NR

**P 02e. Onde tomou a vacina?**

1. Campanha  
2. Outro serviço público  
3. Serviço privado  
9. NS/NR

**P 02f. O animal é castrado?**

0. Não  
1. Sim **(pular para P 02g.)**  
9. NS/NR

**P 02f1.** Qual foi o **principal** motivo para o animal **NÃO ter sido castrado**? (Ler as opções de resposta)

1. tem dó do animal
2. dificuldade para levar
3. não sabe como castrar de graça
4. não tem condições financeiras
5. quer que o animal tenha cria
6. é contrário à castração
7. o animal é estéril
8. o animal foi adquirido castrado
9. outros
99. NS/NR

(1 a 8 e 99 - pular para P 02h.)

**P 02f2.** Se **outro**, qual(is)?

\_\_\_\_\_ (pular para P 02h.)

**P 02g.** Onde foi castrado?

1. Mutirão da prefeitura
2. Clínica contratada pela prefeitura
3. Clínica particular
4. Outros
9. NS/NR

**P 02h.** Qual a origem do animal?

1. Adoção
2. Nasceu em casa
3. Foi comprado
4. Foi presente
5. Resgatado da rua
6. Outra
9. NS/NR

**P 02i.** Possui o Registro Geral Animal (RGA)?

0. não                      1. sim (**pular para P02j.**)                      9. NS/NR

**P 02i1.** Qual foi o **principal** motivo para o animal **NÃO possuir Registro Geral Animal (RGA)**? (Ler as opções de resposta)

1. não sabia que existe o RGA
2. não sabia que é obrigatório
3. não acha importante
4. não sabe como / onde fazer
5. o animal possui microchip e considera suficiente
6. o animal usa plaqueta de identificação na coleira e considera suficiente
7. o animal possui microchip e usa plaqueta de identificação na coleira, considera suficiente
9. NS/NR

**P 02j.** O gato do(a) Sr.(a)/você tem acesso à rua?

1. sim, sozinho
2. sim, acompanhado e sem coleira
3. sim, acompanhado e com coleira
4. não
9. NS/NR

**As questões P 02 a P 02j devem ser repetidas para cada um dos gatos (até 8 por domicílio)**

P 03. Nos últimos 12 meses, algum animal do domicílio teve **qualquer problema de saúde**?

0. não (**pular para P 08.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para P 08.**)

P 04. Qual foi o **principal problema de saúde** que este animal teve?

1. doenças infecciosas

2. problemas locomotores

3. problemas de pele ou ouvido

4. problemas no coração

5. problemas no fígado ou rim

6. câncer

7. acidentes

9. outros

99. NS/NR

P 04.a. Se **outro(s), qual(is)**?

---

99. NS/NR

P 05. Onde o animal **recebeu atendimento veterinário** para tratar as lesões ou problemas de saúde? **(+1)**

1. não recebeu qualquer atendimento

2. cuidado doméstico sem orientação de médico veterinário

3. hospital veterinário público

4. consultório / clínica / hospital particular

5. instituição de proteção animal

6. outros

9. NS/NR

P 06. Algum animal do(a) Sr.(a) recebeu o diagnóstico de **leishmaniose** por médico veterinário nos últimos 12 meses?

0. não

1. sim

9. NS/NR

P 07. Algum animal do(a) Sr.(a) recebeu diagnóstico de **esporotricose** por médico veterinário nos últimos 12 meses?

0. não

1. sim

9. NS/NR

P 08. Algum animal do seu domicílio se **perdeu, fugiu ou foi abandonado** nos últimos 12 meses?

1. não (**pular para P 09.**)

2. sim, se perdeu

3. sim, fugiu

4. sim, foi abandonado

9. NS/NR (**pular para P 09.**)

P 08.a. **Quantos se perderam?**

|\_|\_|

99. NS/NR

P 08.b. **Quantos fugiram?**

|\_|\_|

99. NS/NR

P 08.c. **Quantos foram abandonados?**

|\_|\_|

99. NS/NR

P 09. Algum animal do domicílio **morreu** nos últimos 12 meses?

0. não (**pular para P 10.**)

1. sim, quantos?

9. NS/NR (**pular para P 10.**)

P 09.a. **Quantos morreram?**

|\_|\_|

99. NS/NR

P 10. Algum(a) morador(a) deste domicílio cuida de **cão de rua**?

0. não (**pular para P 11.**)

1. sim, quantos?

9. NS/NR (**pular para P 11.**)

P 10a. Quantos **cães de rua**?

|\_|\_|

99. NS/NR

P 11. Algum(a) morador(a) deste domicílio cuida de **gato de rua**?

0. não (**pular para P 12.**)

1. sim, quantos?

9. NS/NR (**pular para P 12.**)

P 11a. Quantos **gatos de rua**?

|\_|\_|

99. NS/NR

***Agora fazer algumas perguntas sobre outros animais***

P 12. O(a) Sr.(a) avistou **morcego(s)** próximo à sua residência nos últimos 12 meses?

0. não (**pular para P 13.**)

1. sim

9. NS/NR (**pular para P 13.**)

P 12a. **O que foi feito** em relação ao(s) **morcego(s)** avistado(s)?

1. nada

2. matei o morcego

3. contatei o serviço da Prefeitura

4. outro

9. NS/NR

**P 13. Há animais de outras espécies no domicílio?**

0. não (**encerre o bloco**)

1. sim

9. NS/NR (**encerre o bloco**)

**P 13a. Quais animais de outras espécies você possui? (+1)**

1. cavalo

2. porco ou *mini-pig*

3. pássaros

4. galo / galinha

5. outros

9. NS/NR

**P 13a.1. Se outros, qual(is)?**

---

99. NS/NR

**P 14. Quem respondeu a este bloco?**

1. o responsável pela família

2. o cônjuge

3. o filho ou enteado

4. outro parente

<b>J 01a. Nome do medicamento:</b>  <b>99. NS/NR</b>	<b>J 01b. O(a) Sr.(a)/você usou esse medicamento nos últimos 3 dias?</b>  <b>0. não</b> <b>1. sim</b> <b>9. NS/NR</b>	<b>J 01c. Qual foi o PRINCIPAL problema de saúde que o levou a tomar esse medicamento?</b>  <b>99. NS/NR</b>	<b>J 01d. Para este problema de saúde, quem indicou o medicamento para o(a) Sr.(a)/você?</b>  <b>1. médico(a)</b> <b>2. dentista</b> <b>3. farmacêutico(a)/ balconista de farmácia</b> <b>4. automedicação</b> <b>5. parente, amigo(a) ou vizinho(a)</b> <b>6. outro</b> <b>9. NS/NR</b>	<b>J 01e. Onde obteve o medicamento?</b>  <b>1. farmácia da UBS/farmácia do SUS</b> <b>2. Programa farmácia popular (Saúde não tem preço ou Aqui tem farmácia popular)</b> <b>3. farmácia dose certa</b> <b>4. programa remédio em casa</b> <b>5. já tinha o medicamento (1 a 4 – pular para J 01f)</b> <b>6. farmácia privada (pagou integralmente)</b> <b>7. farmácia privada (pagou parcialmente)</b> <b>8. outro</b> <b>9. NS/NR (6, 7 e 9 – pular para J 02)</b>	<b>J 01e.1. Se outro, qual?</b>  <b>99. NS/NR</b>	<b>J 01f. Como avalia o fornecimento gratuito desse medicamento na Rede Pública de Saúde?</b>  <i>(Ler as opções de resposta)</i> <b>1. muito boa (pular para J 02)</b> <b>2. boa (pular para J 02)</b> <b>3. ruim</b> <b>4. muito ruim</b> <b>9. NS/NR (pular para J 02)</b>	<b>J 01f.1. Por quê? (+1)</b>  <b>1. Falta medicamento com frequência</b> <b>2. Processo muito difícil para obtenção do medicamento</b> <b>3. Demora no atendimento</b> <b>4. É longe para pegar o medicamento</b> <b>5. Outro</b> <b>9. NS/NR (1 a 4 e 9 – pular para J 02)</b>	<b>J 01f.2. Se outro, qual?</b>  <b>99. NS/NR</b>
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								





<b>J 01a. Nome do medicamento:</b>  <b>99. NS/NR</b>	<b>J 01b. O(a) Sr.(a)/você usou esse medicamento nos últimos 3 dias?</b>  <b>0. não</b> <b>1. sim</b> <b>9. NS/NR</b>	<b>J 01c. Qual foi o PRINCIPAL problema de saúde que o levou a tomar esse medicamento?</b>  <b>99. NS/NR</b>	<b>J 01d. Para este problema de saúde, quem indicou o medicamento para o(a) Sr.(a)/você?</b>  <b>1. médico(a)</b> <b>2. dentista</b> <b>3. farmacêutico(a)/ balconista de farmácia</b> <b>4. automedicação</b> <b>5. parente, amigo(a) ou vizinho(a)</b> <b>6. outro</b> <b>9. NS/NR</b>	<b>J 01e. Onde obteve o medicamento?</b>  <b>1. farmácia da UBS/farmácia do SUS</b> <b>2. Programa farmácia popular (Saúde não tem preço ou Aqui tem farmácia popular)</b> <b>3. farmácia dose certa</b> <b>4. programa remédio em casa</b> <b>5. já tinha o medicamento (1 a 4 – pular para J 01f)</b> <b>6. farmácia privada (pagou integralmente)</b> <b>7. farmácia privada (pagou parcialmente)</b> <b>8. outro</b> <b>9. NS/NR (6, 7 e 9 – pular para J 02)</b>	<b>J 01e1. Se outro, qual?</b>  <b>99. NS/NR</b>	<b>J 01f. Como avalia o fornecimento gratuito desse medicamento na Rede Pública de Saúde?</b>  <i>(Ler as opções de resposta)</i> <b>1. muito boa (pular para J 02)</b> <b>2. boa (pular para J 02)</b> <b>3. ruim</b> <b>4. muito ruim</b> <b>9. NS/NR (pular para J 02)</b>	<b>J 01f.1. Por quê? (+1)</b>  <b>1. Falta medicamento com frequência</b> <b>2. Processo muito difícil para obtenção do medicamento</b> <b>3. Demora no atendimento</b> <b>4. É longe para pegar o medicamento</b> <b>5. Outro</b> <b>9. NS/NR (1 a 4 e 9 – pular para J 02)</b>	<b>J 01f.2. Se outro, qual?</b>  <b>99. NS/NR</b>
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								

<b>J 01a. Nome do medicamento:</b>  <b>99. NS/NR</b>	<b>J 01b. O(a) Sr.(a)/você usou esse medicamento nos últimos 3 dias?</b>  <b>0. não</b> <b>1. sim</b> <b>9. NS/NR</b>	<b>J 01c. Qual foi o PRINCIPAL problema de saúde que o levou a tomar esse medicamento?</b>  <b>99. NS/NR</b>	<b>J 01d. Para este problema de saúde, quem indicou o medicamento para o(a) Sr.(a)/você?</b>  <b>1. médico(a)</b> <b>2. dentista</b> <b>3. farmacêutico(a)/ balconista de farmácia</b> <b>4. automedicação</b> <b>5. parente, amigo(a) ou vizinho(a)</b> <b>6. outro</b> <b>9. NS/NR</b>	<b>J 01e. Onde obteve o medicamento?</b>  <b>1. farmácia da UBS/farmácia do SUS</b> <b>2. Programa farmácia popular (Saúde não tem preço ou Aqui tem farmácia popular)</b> <b>3. farmácia dose certa</b> <b>4. programa remédio em casa</b> <b>5. já tinha o medicamento (1 a 4 – pular para J 01f)</b> <b>6. farmácia privada (pagou integralmente)</b> <b>7. farmácia privada (pagou parcialmente)</b> <b>8. outro</b> <b>9. NS/NR (6, 7 e 9 – pular para J 02)</b>	<b>J 01e.1. Se outro, qual?</b>  <b>99. NS/NR</b>	<b>J 01f. Como avalia o fornecimento gratuito desse medicamento na Rede Pública de Saúde?</b>  <i>(Ler as opções de resposta)</i> <b>1. muito boa (pular para J 02)</b> <b>2. boa (pular para J 02)</b> <b>3. ruim</b> <b>4. muito ruim</b> <b>9. NS/NR (pular para J 02)</b>	<b>J 01f.1. Por quê? (+1)</b>  <b>1. Falta medicamento com frequência</b> <b>2. Processo muito difícil para obtenção do medicamento</b> <b>3. Demora no atendimento</b> <b>4. É longe para pegar o medicamento</b> <b>5. Outro</b> <b>9. NS/NR (1 a 4 e 9 – pular para J 02)</b>	<b>J 01f.2. Se outro, qual?</b>  <b>99. NS/NR</b>
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								