

# PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE- 2013

Questionário dos moradores do domicílio



## Identificação do Questionário

Unidade da Federação <input type="text"/>	Município <input type="text"/>	Distrito <input type="text"/>	Subdistrito <input type="text"/>
Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>		
ENDEREÇO <input type="text"/>			
<input type="text"/>			
Data <input type="text"/>	Número do setor <input type="text"/>	Número de ordem do domicílio <input type="text"/>	
SIAPE do Entrevistador <input type="text"/>		SIAPE do Supervisor <input type="text"/>	

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

### Tipo A - Unidade Ocupada

01 ☐ **Realizada**  
(Quando se realizar a entrevista.)

**V0015**

02 ☐ **Fechada**  
(Quando a pesquisa não for realizada na unidade domiciliar devido aos moradores estarem temporariamente ausentes por motivo de férias, viagem etc, durante todo o período de entrevistas.)

03 ☐ **Recusa**  
(Quando os moradores se recusarem a prestar as informações.)

04 ☐ **Outra**  
(Quando não houver entrevista na unidade ocupada por motivo que não se enquadre nas duas condições anteriores e que deve ser esclarecido no espaço destinado a observações.)

### Tipo B - Unidade Vaga

05 ☐ **Em condições de ser habitada**  
(Quando a unidade estiver em condições de ser habitada, mas se encontra vaga ou ocupada por pessoas não abrangidas pela pesquisa, como é o caso das unidades de habitação em domicílio coletivo ocupadas exclusivamente por pessoas não moradoras.)

06 ☐ **Uso ocasional**  
(Quando a unidade for utilizada para descanso de fim de semana, férias ou outros fins por pessoas que, presentes ou não no momento da visita do entrevistador são moradoras em outra residência.)

07 ☐ **Em construção ou reforma**  
(Quando a unidade não estiver ocupada por estar em construção ou reforma.)

08 ☐ **Em ruínas**  
(Quando a unidade não estiver ocupada por estar em ruínas.)

### Tipo C - Unidade Inexistente

09 ☐ **Demolido**  
(Quando a unidade já foi demolida ou se encontra em fase de demolição.)

10 ☐ **Não foi encontrada**  
(Quando a unidade houver mudado de lugar (como é o caso de tendas, barracas, reboques etc.) ou não for encontrada por qualquer outro motivo.)

11 ☐ **Não residencial**  
(Quando a unidade estiver sendo utilizada exclusivamente para fins não residenciais.)

12 ☐ **Fora do setor**  
(Quando, por uma falha, a unidade houver sido listada como pertencente à área (o que tornou possível a sua seleção), embora estivesse situada fora dos seus limites.)

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

## Módulo A - Informações do Domicílio

<p>A1. Este domicílio é do tipo:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Casa  <input type="checkbox"/> 2. Apartamento  <input type="checkbox"/> 3. Habitação em casa de cômodos, cortiço ou cabeça-de-porco         </div> <div style="text-align: right;"> <b>A001</b> </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga A2)</p>	<p>A2. Qual o material que predomina na construção das paredes externas deste domicílio?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Alvenaria com revestimento  <input type="checkbox"/> 2. Alvenaria sem revestimento  <input type="checkbox"/> 3. Madeira apropriada para construção  <input type="checkbox"/> 4. Taipa não revestida         </div> <div> <input type="checkbox"/> 5. Madeira aproveitada  <input type="checkbox"/> 6. Palha  <input type="checkbox"/> 7. Outro material (Especifique: <b>A00201</b>)         </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga A3)</p>
<p>A3. Qual o material que predomina na cobertura (telhado) do domicílio?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Telha  <input type="checkbox"/> 2. Laje de concreto  <input type="checkbox"/> 3. Madeira apropriada para construção  <input type="checkbox"/> 4. Zinco ou chapa metálica         </div> <div> <input type="checkbox"/> 5. Madeira aproveitada  <input type="checkbox"/> 6. Palha  <input type="checkbox"/> 7. Outro material (Especifique: <b>A00301</b>)         </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga A4)</p>	<p>A4. Qual o material que predomina no piso do domicílio?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Carpete  <input type="checkbox"/> 2. Cerâmica, lajota ou pedra  <input type="checkbox"/> 3. Tacos ou tábua corrida  <input type="checkbox"/> 4. Cimento         </div> <div> <input type="checkbox"/> 5. Madeira aproveitada  <input type="checkbox"/> 6. Terra  <input type="checkbox"/> 7. Outro material (Especifique: <b>A00401</b>)         </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga A5)</p>
<p>A5. Qual é a principal forma de abastecimento de água deste domicílio?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Rede geral de distribuição  <input type="checkbox"/> 2. Poço ou nascente na propriedade  <input type="checkbox"/> 3. Poço ou nascente fora da propriedade  <input type="checkbox"/> 4. Carro-pipa  <input type="checkbox"/> 5. Água da chuva armazenada em cisterna         </div> <div> <input type="checkbox"/> 6. Água da chuva armazenada de outro modo  <input type="checkbox"/> 7. Rios, lagos e igarapés  <input type="checkbox"/> 8. Outro material (Especifique: <b>A00501</b>)         </div> </div> <p style="text-align: right;">(Se A5 ≠ 1: passe ao A7.)</p>	<p>A6. Com que frequência a água proveniente da rede geral está habitualmente disponível para este domicílio? (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Diariamente  <input type="checkbox"/> 2. Pelo menos uma vez por semana  <input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana         </div> <div style="text-align: right;"> <b>A006</b> </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga A7)</p>
<p>A7. Este domicílio tem água canalizada para pelo menos um cômodo?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="text-align: right;"> <b>A007</b> </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga A8)</p>	<p>A8. Além da principal, que outra forma de abastecimento de água é utilizada neste domicílio?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma  <input type="checkbox"/> 2. Rede geral de distribuição  <input type="checkbox"/> 3. Poço ou nascente na propriedade  <input type="checkbox"/> 4. Poço ou nascente fora da propriedade  <input type="checkbox"/> 5. Carro-pipa         </div> <div> <input type="checkbox"/> 6. Água da chuva armazenada em cisterna  <input type="checkbox"/> 7. Água da chuva armazenada de outro modo  <input type="checkbox"/> 8. Rios, lagos e igarapés  <input type="checkbox"/> 9. Outra (Especifique: <b>A00801</b>)         </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga A9)</p>
<p>A9. A água utilizada para beber neste domicílio é:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Filtrada  <input type="checkbox"/> 2. Fervida  <input type="checkbox"/> 3. Tratada de outra forma no domicílio (Especifique: <b>A00901</b>)         </div> <div> <input type="checkbox"/> 4. Mineral industrializada  <input type="checkbox"/> 5. Sem tratamento no domicílio         </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga A10)</p>	<p>A10. Qual o número de cômodos no seu domicílio, incluindo banheiro(s) e cozinha(s)? <b>A010</b></p> <div style="text-align: right;"> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> </div> <p style="text-align: right;">cômodos (siga A11)</p>
<p>A11. Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>A011</b> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> </div> <div> </div> </div> <p style="text-align: right;">cômodos (siga A12)</p>	<p>A12. O seu domicílio tem cozinha?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="text-align: right;"> <b>A012</b> </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga A13)</p>
<p>A13. O fogão deste domicílio utiliza predominantemente:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Gás de botijão  <input type="checkbox"/> 2. Gás canalizado  <input type="checkbox"/> 3. Lenha  <input type="checkbox"/> 4. Carvão         </div> <div> <input type="checkbox"/> 5. Energia elétrica  <input type="checkbox"/> 6. Outro (Especifique: <b>A01301</b>)  <input type="checkbox"/> 7. Não tem fogão         </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga A14)</p>	
<p>A14. Quantos banheiros ou sanitários existem neste domicílio?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>A014</b> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> </div> <div> </div> </div> <p style="text-align: right;">banheiros (Se A14 ≠ 0, siga A15. Se A14=0, passe ao A16.)</p>	<p>A15. De que forma é feito o escoadouro dos banheiros ou sanitários?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Rede geral de esgoto ou pluvial  <input type="checkbox"/> 2. Fossa séptica  <input type="checkbox"/> 3. Fossa rudimentar  <input type="checkbox"/> 4. Vala         </div> <div> <input type="checkbox"/> 5. Direto para rio, lago ou mar  <input type="checkbox"/> 6. Outra (Especifique: <b>A01501</b>)         </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga A16)</p>

<p>A16. Qual o destino dado ao lixo?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Coletado diretamente por serviço de limpeza  <input type="checkbox"/> 2. Coletado em caçamba de serviço de limpeza  <input type="checkbox"/> 3. É queimado na propriedade  <input type="checkbox"/> 4. É enterrado na propriedade         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 5. Jogado em terreno baldio ou logradouro  <input type="checkbox"/> 6. Jogado em rio, lago ou mar  <input type="checkbox"/> 7. Outro (Especifique: _____)         </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <b>A016</b>  <b>A01601</b> </div> <p style="text-align: right;">(siga A17)</p>	<p>A17. Qual a origem da energia elétrica utilizada neste domicílio?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Rede geral  <input type="checkbox"/> 2. Outra origem (gerador, placa solar, eólica etc.)  <input type="checkbox"/> 3. Não tem energia elétrica         </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <b>A017</b> </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga A18)</p>		
<p>A18. Neste domicílio existe: (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>a. Televisão em cores? <b>A01801</b> <b>A01802</b> <input type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>b. Geladeira? <b>A01803</b> <b>A01804</b> <input type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>c. Vídeo/DVD? <b>A01805</b> <b>A01806</b> <input type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>d. Máquina de lavar roupa? <b>A01807</b> <b>A01808</b> <input type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>e. Telefone fixo? <b>A01809</b> <b>A01810</b> <input type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>f. Telefone celular? <b>A01811</b> <b>A01812</b> <input type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>g. Forno micro-ondas? <b>A01813</b> <b>A01814</b> <input type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>h. Computador? <b>A01815</b> <b>A01816</b> <input type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>i. Motocicleta? <b>A01817</b> <b>A01818</b> <input type="text"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga A19)</p>			
<p>A19. Os moradores têm acesso a internet no domicílio?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <b>A019</b> </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga A20)</p>	<p>A20. Quantos carros tem este domicílio?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="text"/> carros  <input type="checkbox"/> 0. Nenhum         </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <b>A020</b> </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga A21)</p>	<p>A21. Em seu domicílio, trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a) mensalista?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <b>A021</b> </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga A22)</p>	<p>A22. Em seu domicílio, há algum cachorro, gato, ave ou peixe?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <b>A022</b> </div> </div> <p style="text-align: right;">(Se A22 = 2, passe ao módulo B.)</p>
<p>A23. Quantos destes animais há no seu domicílio?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>a. gatos <b>A02301</b> <input type="text"/> 0. Nenhum</p> <p>b. cachorros <b>A02302</b> <input type="text"/> 0. Nenhum</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>c. aves <b>A02303</b> <input type="text"/> 0. Nenhum</p> <p>d. peixes <b>A02304</b> <input type="text"/> 0. Nenhum</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se A23a ou b&gt;0, siga A24. Se A23a e b=0, encerre a parte.)</p>			
<p>A24. Nos últimos 12 meses, os gatos e os cachorros foram vacinados contra raiva?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim, todos         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 2. Não, nem todos         </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <b>A024</b> </div> <p style="text-align: right;">(Encerre o módulo. Passe ao módulo B.)</p>			

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

<p>B1. O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 3. Não sei         </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <b>B001</b> </div> <p style="text-align: right;">(Se B1=2 ou 3, passe ao B4.)</p>	<p>B2. Quando o seu domicílio foi cadastrado?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Há menos de 2 meses  <input type="checkbox"/> 2. De 2 a menos de 6 meses         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 3. De 6 meses a menos de um ano  <input type="checkbox"/> 4. Há um ano ou mais         </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <b>B002</b> </div> <p style="text-align: right;">(siga B3)</p>
<p>B3. Nos últimos 12 meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum Agente Comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família? (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Mensalmente  <input type="checkbox"/> 2. A cada 2 meses  <input type="checkbox"/> 3. De 2 a 4 vezes         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 4. Uma vez  <input type="checkbox"/> 5. Nunca recebeu         </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <b>B003</b> </div> <p style="text-align: right;">(siga B4)</p>	<p>B4. Nos últimos 12 meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum agente de endemias (como a dengue, por exemplo)? (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Mensalmente  <input type="checkbox"/> 2. A cada 2 meses  <input type="checkbox"/> 3. De 2 a 4 vezes         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 4. Uma vez  <input type="checkbox"/> 5. Nunca recebeu         </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <b>B004</b> </div> <p style="text-align: right;">(Encerre o módulo. Passe ao Módulo C.)</p>

**Quadro de moradores**

Número de ordem	Nome	Condição no domicílio	Idade	Sexo

Instruções para preenchimento:

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

Número de ordem do morador selecionado:

## Módulo C - Características gerais dos moradores

C1. Quantas pessoas moram neste domicílio:	C00301							
C001								
Nome:							C00302	
C4. Condição no domicílio:								
<input type="checkbox"/>	1. Pessoa responsável pelo domicílio	<input type="checkbox"/>	6. Enteado(a)	C004	<input type="checkbox"/>	11. Bisneto(a)	<input type="checkbox"/>	16. Convivente - Não parente que compartilha despesas
<input type="checkbox"/>	2. Cônjuge ou companheiro(a) de sexo diferente	<input type="checkbox"/>	7. Genro ou nora		<input type="checkbox"/>	12. Irmão ou irmã	<input type="checkbox"/>	17. Pensionista
<input type="checkbox"/>	3. Cônjuge ou companheiro(a) do mesmo sexo	<input type="checkbox"/>	8. Pai, mãe, padrasto ou madrastra		<input type="checkbox"/>	13. Avô ou avó	<input type="checkbox"/>	18. Empregado(a) doméstico(a)
<input type="checkbox"/>	4. Filho(a) do responsável e do cônjuge	<input type="checkbox"/>	9. Sogro(a)		<input type="checkbox"/>	14. Outro parente	<input type="checkbox"/>	19. Parente do(a) empregado(a) doméstico(a)
<input type="checkbox"/>	5. Filho(a) somente do responsável	<input type="checkbox"/>	10. Neto(a)		<input type="checkbox"/>	15. Agregado(a) - Não parente que não compartilha despesas		
( siga C6 )								
C6. Sexo:	C006	C7. Data de nascimento:		C00701 / C00702 / C00703	C8. Idade:	C008	C9. Cor ou raça:(Leia as opções de resposta)	
<input type="checkbox"/> 1. Masculino		<input type="text"/> <input type="text"/>	/	<input type="text"/> <input type="text"/>	/	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. Branca	<input type="checkbox"/> 4. Parda
<input type="checkbox"/> 2. Feminino		dia	mês	ano	( siga C9 )		<input type="checkbox"/> 2. Preta	C009 <input type="checkbox"/> 5. Indígena
( siga C7 )				( siga C8 )			<input type="checkbox"/> 3. Amarela	
(Se C008>=10 anos, siga C10. Se C008<10, passe ao C12.)								

**Para moradores de 10 anos ou mais de idade.**

<p>C10. _____ vive com cônjuge ou companheiro(a)?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <p align="center"><b>C010</b></p> <p align="center">(siga C11)</p>	<p>C11. Qual o estado civil de _____?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Casado(a)                 <input type="checkbox"/> 2. Separado(a) ou desquitado(a) judicialmente             </div> <div> <input type="checkbox"/> 3. Divorciado(a)                 <input type="checkbox"/> 4. Viúvo(a)             </div> <div> <input type="checkbox"/> 5. Solteiro(a)             </div> </div> <p align="center"><b>C011</b></p> <p align="center">(siga C12)</p>
--	---

**Para todos os moradores**

<p>C12. O informante desta parte foi:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa                 <p align="center"><b>C012</b></p> </div> <div> <input type="checkbox"/> 2. Outro morador                 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 10px;">  </span> </div> <p align="center"><b>C01201</b></p> </div> <div> <input type="checkbox"/> 3. Não morador                 <p align="center"><b>C01201</b></p> </div> </div> <p align="center">(Encerre o módulo. Passe ao Módulo D.)</p>		
---	--	--

**Módulo D - Características de educação das pessoas de 5 anos ou mais de idade**

Nesta parte, abordaremos questões sobre a educação de pessoas com 5 anos ou mais de idade.

<p>D1. _____ sabe ler e escrever?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <p align="center"><b>D001</b></p> <p align="center">(siga D2)</p>	<p>D2. _____ frequenta escola?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <p align="center"><b>D002</b></p> <p align="center">(Se D2=2, passe ao D8.)</p>	<p>D3. Qual é o curso que _____ frequenta?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Pré-escolar (maternal e jardim de infância)                 <input type="checkbox"/> 2. Alfabetização de jovens e adultos                 <input type="checkbox"/> 3. Regular do ensino fundamental             </div> <div> <input type="checkbox"/> 4. Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do ensino fundamental                 <input type="checkbox"/> 5. Regular do ensino médio                 <input type="checkbox"/> 6. Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do ensino médio             </div> <div> <input type="checkbox"/> 7. Superior - graduação                 <input type="checkbox"/> 8. Mestrado                 <input type="checkbox"/> 9. Doutorado             </div> </div> <p align="center"><b>D003</b></p> <p align="center">(Se D3=1, 2, 8 ou 9, passe ao D15. Se D3=3 siga D4. Se D3=4, 5 ou 6, passar ao D5. Se D3=7, passe ao D6.)</p>
<p>D4. A duração deste curso que _____ frequenta é de:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. 8 anos             <input type="checkbox"/> 2. 9 anos         </div> <p align="center"><b>D004</b></p> <p align="center">(siga D5)</p>	<p>D5. Este curso que _____ frequenta é seriado?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <p align="center"><b>D005</b></p> <p align="center">(Se D5= 2, passe ao D15.)</p>	<p>D6. Se D3 = 3 e D4 = 2 ou Se D3 = 7: Qual é o ano que _____ frequenta? ou Para os demais casos: Qual é a série que _____ frequenta?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Primeira(o)                 <input type="checkbox"/> 2. Segunda(o)                 <input type="checkbox"/> 3. Terceira(o)             </div> <div> <input type="checkbox"/> 4. Quarta(o)                 <input type="checkbox"/> 5. Quinta(o)                 <input type="checkbox"/> 6. Sexta(o)             </div> <div> <input type="checkbox"/> 7. Sétima(o)                 <input type="checkbox"/> 8. Oitava(o)                 <input type="checkbox"/> 9. Nona(o)             </div> </div> <p align="center"><b>D006</b></p> <p align="center">(Se D3 = 7 , siga para D7. Caso contrário, passe ao D15.)</p>
<p>D7. _____ já concluiu algum outro curso superior de graduação?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <p align="center"><b>D007</b></p> <p align="center">(Se D7 = 1, passe ao D13) (Se D7 = 2, passe ao D15)</p>	<p>D8. Anteriormente _____ frequentou escola?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <p align="center"><b>D008</b></p> <p align="center">(Se D8=2, passe ao D15.)</p>	<p>D9. Qual foi o curso mais elevado que _____ frequentou anteriormente?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Classe de alfabetização – CA                 <input type="checkbox"/> 2. Alfabetização de jovens e adultos                 <input type="checkbox"/> 3. Antigo primário (elementar)                 <input type="checkbox"/> 4. Antigo ginásio (médio 1º ciclo)             </div> <div> <input type="checkbox"/> 5. Regular do ensino fundamental ou do 1º grau                 <input type="checkbox"/> 6. Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do ensino fundamental                 <input type="checkbox"/> 7. Antigo científico, clássico etc. (médio 2º ciclo)                 <input type="checkbox"/> 8. Regular do ensino médio ou do 2º grau             </div> <div> <input type="checkbox"/> 9. Educação de jovens e adulto (EJA) ou supletivo do ensino médio                 <input type="checkbox"/> 10. Superior - graduação                 <input type="checkbox"/> 11. Mestrado                 <input type="checkbox"/> 12. Doutorado             </div> </div> <p align="center"><b>D009</b></p> <p align="center">(Se D9=1, 2, 11 ou 12, passe ao D14.) (Se D9=3 ou 10, passe ao D12.) (Se D9=4, 6, 7, 8 ou 9, passe ao D11.) (Se D9=5, siga D10.)</p>
<p>D10. A duração deste curso que _____ frequentou anteriormente era de:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. 8 anos             <input type="checkbox"/> 2. 9 anos         </div> <p align="center"><b>D010</b></p> <p align="center">(siga D11)</p>	<p>D11. Este curso que _____ frequentou anteriormente era seriado?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <p align="center"><b>D011</b></p> <p align="center">(Se D11=2, passe ao D14.)</p>	<p>D12. _____ concluiu, com aprovação, pelo menos a primeira série deste curso que _____ frequentou anteriormente?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <p align="center"><b>D012</b></p> <p align="center">(Se D12=2, passe ao D15.)</p>
<p>D13. Se D10 = 2 (9 anos): Qual foi o último ano que _____ concluiu, com aprovação, neste curso que frequentou anteriormente? ou Para os demais casos: Qual foi a última série que _____ concluiu, com aprovação, neste curso que frequentou anteriormente?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Primeira(o)                 <input type="checkbox"/> 2. Segunda(o)                 <input type="checkbox"/> 3. Terceira(o)             </div> <div> <input type="checkbox"/> 4. Quarta(o)                 <input type="checkbox"/> 5. Quinta(o)                 <input type="checkbox"/> 6. Sexta(o)             </div> <div> <input type="checkbox"/> 7. Sétima(o)                 <input type="checkbox"/> 8. Oitava(o)                 <input type="checkbox"/> 9. Nona(o)             </div> </div> <p align="center"><b>D013</b></p> <p align="center">(siga D14)</p>		

<p>D14. ____ concluiu este curso que frequentou anteriormente?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim   <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">D014</p> <p>(siga D15)</p> </div> </div>	<p>D15. O informante desta parte foi: <span style="float: right; font-weight: bold;">D015</span></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa   <input type="checkbox"/> 2. Outro morador         </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <div style="width: 10px; height: 10px; background-color: black;"></div> </div> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">D01501</p> </div> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 3. Não morador         </div> </div> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">(Encerre o módulo. Passe ao Módulo E.)</p>
--	--

## Módulo E - Trabalho dos moradores do domicílio

de 14 anos ou mais de idade

### Ocupação

<p>E1. Na semana de 21 a 27 de julho de 2013 (semana de referência), ____ trabalhou ou estagiou, durante pelo menos uma hora, em alguma atividade remunerada em dinheiro?</p> <p><i>(Para a pessoa cuja natureza do trabalho implica em ofertar serviços ou aguardar clientes e que esteve à disposição, mas não conseguiu clientes na semana de referência, marque "Sim".)</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim   <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">E001</p> <p>(Se E1=1, passe ao E11.)</p> </div> </div>	<p>E2. Na semana de 21 a 27 de julho de 2013 (semana de referência), ____ trabalhou ou estagiou, durante pelo menos uma hora, em alguma atividade remunerada em produtos, mercadorias, moradia, alimentação, experiência profissional, etc.?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim   <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">E002</p> <p>(Se E2=1, passe ao E11.)</p> </div> </div>	
<p>E3. Apesar do que acaba de dizer, na semana de 21 a 27 de julho de 2013 (semana de referência), ____ fez algum bico ou trabalhou em alguma atividade ocasional remunerada durante pelo menos uma hora?</p> <p><i>(EXEMPLOS: Na semana de referência a pessoa pode ter preparado doces ou salgadinhos para fora, vendido cosméticos, prestado algum tipo de serviço, etc.)</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim   <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">E003</p> <p>(Se E3=1, passe ao E11.)</p> </div> </div>	<p>E4. Na semana de 21 a 27 de julho de 2013 (semana de referência), ____ ajudou durante pelo menos uma hora, sem receber pagamento, no trabalho remunerado de algum morador do domicílio?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim   <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">E004</p> <p>(Se E4=1, passe ao E11.)</p> </div> </div>	
<p>E5. Na semana de 21 a 27 de julho de 2013 (semana de referência), ____ tinha algum trabalho remunerado do qual estava temporariamente afastado?</p> <p><i>(ATENÇÃO: Trabalho remunerado é aquele pelo qual a pessoa recebia dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios, tais como moradia, alimentação, experiência profissional, etc.)</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim   <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">E005</p> <p>(Se E5=2, passe ao E22.)</p> </div> </div>	<p>E6. Na semana de 21 a 27 de julho de 2013 (semana de referência), porque motivo ____ estava afastado desse trabalho?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Férias, folga ou jornada de trabalho variável   <input type="checkbox"/> 2. Licença maternidade   <input type="checkbox"/> 3. Licença remunerada por motivo de doença ou acidente da própria pessoa   <input type="checkbox"/> 4. Outro tipo de licença remunerada (estudo, paternidade, casamento, licença prêmio etc.)         </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">E006</p> <input type="checkbox"/> 5. Afastamento do próprio negócio/empresa por motivo de gestação, doença, acidente etc., sem ser remunerado por instituto de previdência  <input type="checkbox"/> 6. Fatores ocasionais (tempo, paralisação nos serviços de transporte etc.)  <input type="checkbox"/> 7. Greve ou paralisação  <input type="checkbox"/> 8. Outro motivo (Especifique: _____)         </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: -20px;"> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">E00601</p> </div> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">(Se 1, 2 ou 6, passe E11. Se 3, passe E8. Se 4, 5 ou 7, passe E10. Se 8, siga E7.)</p>	
<p>E7. Durante o tempo de afastamento, ____ - continuou a receber ao menos uma parte do pagamento?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim   <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">E007</p> <p>(passe ao E10)</p> </div> </div>	<p>E8. A doença ou acidente foi relacionado ao trabalho?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim   <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">E008</p> <p>(siga E10)</p> </div> </div>	<p>E10. Em 27 de julho de 2013 (último dia da semana de referência), fazia quanto tempo que ____ estava afastado desse trabalho?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 10px; background-color: black;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">E01001</p> </div> </div> <div style="text-align: center;"> <p>dias</p> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 10px; background-color: black;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">E01002</p> </div> </div> <div style="text-align: center;"> <p>meses</p> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 10px; background-color: black;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">E01003</p> </div> </div> <div style="text-align: center;"> <p>anos</p> </div> </div> <p style="font-size: 0.8em;">(Se E10 &lt;4 meses e E6 = 3, 4, 5 ou 7, siga para E11. Se E10 &lt;4 meses e E6 = 8 e E7=1, siga para E11. Caso contrário, passe E22.)</p>

### Pessoas ocupadas

<p>E11. Quantos trabalhos ____ tinha na semana de 21 a 27 de julho de 2013 (semana de referência)?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Um   <input type="checkbox"/> 2. Dois   <input type="checkbox"/> 3. Três ou mais         </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">E011</p> <p>(Se E11=1, siga para E12. Se E11=2 ou 3, leia o texto abaixo.)</p> </div> </div>
---

As próximas perguntas são referentes ao trabalho principal.

#### Critério para definir trabalho principal:

- . normalmente trabalhava o maior número de horas.
- . recebia normalmente maior rendimento mensal.
- . trabalhava há mais tempo, contando até o dia 27 de julho de 2013 (último dia da semana de referência).

### Trabalho principal

<p>E12. Qual era a ocupação (cargo ou função) que ____ tinha nesse trabalho?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> <div style="width: 40px; height: 10px; background-color: black;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">E01201</p> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 340px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> <div style="width: 170px; height: 10px; background-color: black;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">E01202</p> </div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 20%;">Código</div> <div style="width: 60%; text-align: center;">(siga E13)</div> </div>
---

E13. Quais eram as principais tarefas ou atribuições que \_\_\_\_\_ tinha nesse trabalho?

E013

(siga E14)

E14. Nesse trabalho, \_\_\_\_\_ era:

E014

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Trabalhador doméstico  | <input type="checkbox"/> 5. Empregador  |
| <input type="checkbox"/> 2. Militar do exército, da marinha, da aeronáutica, da polícia militar ou do corpo de bombeiros militar | <input type="checkbox"/> 6. Conta própria   |
| <input type="checkbox"/> 3. Empregado do setor privado   | <input type="checkbox"/> 7. Trabalhador não remunerado em ajuda a conta própria ou empregador que era membro do domicílio |
| <input type="checkbox"/> 4. Empregado do setor público (inclusive empresas de economia mista)                                    | <input type="checkbox"/> 8. Trabalhador não remunerado em ajuda a empregado que era membro do domicílio                   |

(Se E14=1, siga para E16. Caso contrário, siga E15.)

E15. (Se E14=2, 3 ou 4): Qual era a principal atividade desse negócio/empresa do qual \_\_\_\_\_ recebia pagamento como empregado?

(Se E14=5 ou 6): Qual era a principal atividade desse negócio/empresa que \_\_\_\_\_ tinha?

(Se E14=7 ou 8): Qual era a principal atividade desse negócio/empresa da pessoa do domicílio a quem \_\_\_\_\_ ajudava sem receber pagamento?

**(ATENÇÃO: Anote os principais produtos elaborados ou serviços prestados por esse negócio/empresa.)**

E01501

E01502

Código

(Se E14= 7 ou 8, passe ao E17.)

E16. (Se E14= 1, 2, 3 ou 4): Qual era o rendimento bruto mensal que \_\_\_\_\_ recebia normalmente nesse trabalho?

(Se E14 = 5 ou 6): Qual era a retirada mensal que \_\_\_\_\_ fazia normalmente nesse trabalho?

**ATENÇÃO: O quesito aceita a marcação múltipla para os itens 1 e 2**

- |   |        |        |     |
|---|--------|--------|-----|
| <input type="checkbox"/> 1. Valor em dinheiro (R\$):                          | E01601 | E01602 | ,00 |
| <input type="checkbox"/> 2. Valor estimado dos produtos ou mercadorias (R\$): | E01603 | E01604 | ,00 |
| <input type="checkbox"/> 3. Somente em benefícios:                            | E01605 |        |     |

(siga E17)

E17. Quantas horas \_\_\_\_\_ trabalhava normalmente, por semana, nesse trabalho?

E017

horas

(Se E11 = 1, passe ao E20.  
Se E11= 2 ou 3, siga E18.)

### Outros trabalhos

E18. Qual era o rendimento bruto mensal ou retirada que \_\_\_\_\_ fazia normalmente nesse(s) outro(s) trabalho(s)?

**ATENÇÃO: O quesito aceita a marcação múltipla para os itens 1 e 2**

- |   |        |        |     |
|---|--------|--------|-----|
| <input type="checkbox"/> 1. Valor em dinheiro (R\$):                          | E01801 | E01802 | ,00 |
| <input type="checkbox"/> 2. Valor estimado dos produtos ou mercadorias (R\$): | E01803 | E01804 | ,00 |
| <input type="checkbox"/> 3. Somente em benefícios:                            | E01805 |        |     |

(siga E19)

E19. Quantas horas \_\_\_\_\_ trabalhava normalmente, por semana, nesse(s) outro(s) trabalho(s)?

E019

horas

(siga E20)

### Procura de outro trabalho

E20. No período de 28 de junho a 27 de julho de 2013 (período de referência de 30 dias), \_\_\_\_\_ tomou alguma providência para conseguir outro trabalho, seja um emprego ou um negócio próprio?

- ☐ 1. Sim
- ☐ 2. Não

E020

(Se E20=2, passe ao E27.)

E21. Qual foi o principal motivo que levou \_\_\_\_\_ a procurar outro trabalho no período de 28 de junho a 27 de julho de 2013 (período de referência de 30 dias)?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Achava que seria dispensado ou que o negócio/empresa seria fechado               | <input type="checkbox"/> 5. Melhorar suas condições de bem-estar (menos desgaste físico, melhores relações de trabalho, menos tempo de transporte etc.) |
| <input type="checkbox"/> 2. Ter um trabalho com garantias trabalhistas ou com maior estabilidade             | <input type="checkbox"/> 6. Aumentar os rendimentos   |
| <input type="checkbox"/> 3. Ter o seu próprio negócio/empresa  | <input type="checkbox"/> 7. Trabalhar menor número de horas, mesmo com redução de rendimentos   |
| <input type="checkbox"/> 4. Conseguir um trabalho de acordo com a sua experiência profissional e/ou formação | <input type="checkbox"/> 8. Outro motivo (Especifique: E02101)  |

(passe ao E27)

## Pessoas não ocupadas - Procura de trabalho

<p>E22. No período de 28 de junho a 27 de julho de 2013 (período de referência de 30 dias), _____ tomou alguma providência para conseguir trabalho, seja um emprego ou um negócio próprio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <span style="float: right;"><b>E022</b></span></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se E22=2, passe ao E24.)</p>	<p>E23. No período de 28 de junho a 27 de julho de 2013 (período de referência de 30 dias), qual foi a principal providência que _____ tomou para conseguir trabalho?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Entrou diretamente em contato com empregador (em fábrica, fazenda, mercado, loja ou outro local de trabalho)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Fez ou inscreveu-se em concurso</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Consultou agência privada ou sindicato</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Consultou agência municipal, estadual ou o Sistema Nacional de Emprego (SINE)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Colocou ou respondeu anúncio</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Consultou parente, amigo ou colega</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 7. Buscou ajuda financeira para iniciar o próprio negócio</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Procurou local, equipamento ou maquinário para iniciar o próprio negócio</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Solicitou registro ou licença para iniciar o próprio negócio</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Tomou outra providência (Especifique: _____) <span style="float: right;"><b>E02301</b></span></p> <p><input type="checkbox"/> 11. Não tomou providência efetiva</p> </div> </div> <p>(Se E23≠ 11, passe ao E25.)</p>
<p>E24. Qual foi o principal motivo de _____ não ter tomado providência para conseguir trabalho no período de 28 de junho a 27 de julho de 2013 (período de referência de 30 dias)?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Conseguiu proposta de trabalho para começar após a semana de referência</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aguardando resposta de medida tomada para conseguir trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Desistiu de procurar por não conseguir encontrar trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Acha que não vai encontrar trabalho por ser muito jovem ou muito idoso</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Tinha que cuidar de filho(s), de outro(s) dependente(s) ou dos afazeres domésticos</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Estudo</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 7. Incapacidade física, mental ou doença permanente</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Aposentado por idade/tempo de serviço ou contribuição</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Aposentado por doença/invalidez</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Não desejava trabalhar</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Outro motivo (Especifique: _____) <span style="float: right;"><b>E02401</b></span></p> </div> </div> <p>(Se E24=1 ou 2, siga E25. Se E24=3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 ou 11, passe ao E26.)</p>	
<p>E25. Até o dia 27 de julho de 2013 (último dia da semana de referência), fazia quanto tempo que _____ estava sem qualquer trabalho e tentando conseguir trabalho?</p> <p><b>ATENÇÃO:</b> O tempo de procura deve ser contínuo. Se a pessoa teve qualquer trabalho ou parou de procurar por 2 semanas ou mais, comece a contar a partir da data que reiniciou a procura.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 mês <span style="float: right;"><b>E025</b></span></p> <p><input type="checkbox"/> 2. De 1 mês a menos de 1 ano ( _____ meses ) <span style="float: right;"><b>E02501</b></span></p> </div> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 3. De 1 ano a menos de 2 anos ( 1 ano e _____ meses ) <span style="float: right;"><b>E02502</b></span></p> <p><input type="checkbox"/> 4. 2 anos ou mais ( _____ anos ) <span style="float: right;"><b>E02503</b></span></p> </div> </div> <p>(siga E26)</p>	
<p>E26. Se tivesse conseguido um trabalho _____ poderia ter começado a trabalhar na semana de 21 a 27 de julho de 2013 (semana de referência)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <span style="float: right;"><b>E026</b></span></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga E27)</p>	<p>E27. O informante desta parte foi: <span style="float: right;"><b>E027</b></span></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Outro morador ( _____ ) <span style="float: right;"><b>E02701</b></span></p> </div> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 3. Não morador</p> </div> </div> <p>(Encerre o módulo. Passe ao Módulo F)</p>

## Módulo F - Rendimentos domiciliares

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

<p>F1. Aposentadoria ou pensão de instituto de previdência federal (INSS), estadual, municipal ou do governo federal, estadual, municipal?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>1. Morador 1 (R\$ _____) <span style="float: right;"><b>F001</b></span></p> <p>2. Morador 2 (R\$ _____) <span style="float: right;"><b>F00101</b></span></p> <p>3. Morador 3 (R\$ _____) <span style="float: right;"><b>F00102</b></span></p> <p>n. Morador n (R\$ _____)</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>2. Não</p> </div> </div> <p>(siga F7)</p>	<p>F7. Pensão alimentícia ou doação em dinheiro de pessoa que não morava no domicílio?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>1. Morador 1 (R\$ _____) <span style="float: right;"><b>F007</b></span></p> <p>2. Morador 2 (R\$ _____) <span style="float: right;"><b>F00701</b></span></p> <p>3. Morador 3 (R\$ _____) <span style="float: right;"><b>F00702</b></span></p> <p>n. Morador n (R\$ _____)</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>2. Não</p> </div> </div> <p>(siga F8)</p>
---	---



<p><b>F8. Aluguel ou arrendamento?</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>F008</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Morador 1 (R\$ <input type="text"/>) <b>F00801</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> <b>F00802</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga F10)</p>	<p><b>F10. Seguro-desemprego, seguro defeso?</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>F010</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Morador 1 (R\$ <input type="text"/>) <b>F01001</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> <b>F01002</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga F11)</p>
<p><b>F11. Benefício Assistencial de Prestação Continuada BPC-LOAS?</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>F011</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Morador 1 (R\$ <input type="text"/>) <b>F01101</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> <b>F01102</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga F12)</p>	<p><b>F12. Programa Bolsa Família?</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>F012</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Morador 1 (R\$ <input type="text"/>) <b>F01201</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> <b>F01202</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga F13)</p>
<p><b>F13. Outros programas sociais do governo?</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>F013</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Morador 1 (R\$ <input type="text"/>) <b>F01301</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> <b>F01302</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga F14)</p>	<p><b>F14. Rendimentos de caderneta de poupança, juros de aplicação financeira ou dividendos?</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>F014</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Morador 1 (R\$ <input type="text"/>) <b>F01401</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> <b>F01402</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga F15)</p>
<p><b>F15. Outros rendimentos? (Especifique: <u>F15002</u>)?</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>F015</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Morador 1 (R\$ <input type="text"/>) <b>F01501</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> <b>F01502</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga F16)</p>	<p><b>F16. O informante desta parte foi:</b></p> <div style="text-align: right; margin-bottom: 20px;"><b>F016</b></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Própria pessoa <b>F01601</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 2. Outro morador         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 3. Não morador         </div> </div> <p style="text-align: right;">(Encerre o módulo. Passe ao Módulo G)</p>

## Módulo G - Pessoas com Deficiências

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

<p><b>G1. _____ tem deficiência intelectual?</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>G001</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Nasceu com a deficiência <b>G00201</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga G3)</p>	<p><b>G2. _____ nasceu com a deficiência intelectual ou a deficiência foi adquirida por doença ou acidente?</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Nasceu com a deficiência <b>G002</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 2. Foi adquirida . Com que idade? <input type="text"/> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga G3)</p>	<p><b>G3. A deficiência intelectual está associada a alguma dessas síndromes ou transtornos de desenvolvimento?(Leia as opções de resposta)</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Síndrome de Down <b>G003</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 5. AVC, AVE, derrame. aneurisma ou epilepsia <b>G00301</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 2. Autismo         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 6. Demência séria ou falhas de memória         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 3. Paralisia cerebral         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 4. Outra síndrome (Especifique: _____)         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="text"/> </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga G4)</p>
--	--	---

<p>G4. Em geral, em que grau a deficiência intelectual limita as atividades habituais (como ir à escola, brincar, trabalhar etc.) de _____?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Não limita <input type="checkbox"/> 2. Um pouco         </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <b>G004</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 3. Moderadamente <input type="checkbox"/> 4. Intensamente <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente/Não consegue         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga G5)</p>	<p>G5. _____ frequenta algum serviço de reabilitação devido à deficiência intelectual?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <b>G005</b> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga G6)</p>	<p>G6. _____ tem alguma deficiência física?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <b>G006</b> </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se G6=2, passe ao G14.)</p>	
<p>G7. _____ nasceu com a deficiência física ou a deficiência foi adquirida por doença ou acidente?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Nasceu com a deficiência <input type="checkbox"/> 2. Foi adquirida. Com que idade? <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <b>G007</b> <b>G00701</b> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga G8)</p>	<p>G8. Qual deficiência física?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 01. Paralisia permanente de um dos lados do corpo <input type="checkbox"/> 02. Paralisia permanente das pernas e dos braços <input type="checkbox"/> 03. Paralisia permanente das pernas <input type="checkbox"/> 04. Paralisia permanente de uma das pernas <input type="checkbox"/> 05. Amputação ou ausência de perna <input type="checkbox"/> 06. Amputação ou ausência de braço <input type="checkbox"/> 07. Amputação ou ausência de mão         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 08. Amputação ou ausência de pé <input type="checkbox"/> 09. Deformidade congênita ou adquirida em um ou mais membros <input type="checkbox"/> 10. Deficiência motora em decorrência de poliomielite ou paralisia infantil <input type="checkbox"/> 11. Ostomia (adaptação de bolsa de fezes e/ou urina) <input type="checkbox"/> 12. Nanismo <input type="checkbox"/> 13. Outra (Especifique: <b>G00801</b>) <input type="checkbox"/> 14. Amputação de dedos         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga G9)</p>		
<p>G9. Em geral, em que grau a deficiência física limita as atividades habituais de _____?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Não limita <input type="checkbox"/> 2. Um pouco         </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <b>G009</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 3. Moderadamente <input type="checkbox"/> 4. Intensamente <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente/Não consegue         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga G10)</p>		<p>G10. _____ frequenta algum serviço de reabilitação devido à deficiência física?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <b>G010</b> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga G14)</p>	

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

<p>G14. _____ tem deficiência auditiva?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <b>G014</b> </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se G14=2, passe ao G21.)</p>	<p>G15. _____ nasceu com a deficiência auditiva ou a deficiência foi adquirida?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Nasceu com a deficiência <input type="checkbox"/> 2. Foi adquirida. Com que idade? <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <b>G015</b> <b>G01501</b> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga G16)</p>	<p>G16. Qual deficiência auditiva?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Surdez dos dois ouvidos <input type="checkbox"/> 2. Surdez de um ouvido e audição reduzida do outro <input type="checkbox"/> 3. Surdez de um ouvido e audição normal do outro         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 4. Audição reduzida de ambos os ouvidos <input type="checkbox"/> 5. Audição reduzida em um dos ouvidos         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga G17)</p>	
<p>G17. Em geral, em que grau a deficiência auditiva limita as atividades habituais de _____?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Não limita <input type="checkbox"/> 2. Um pouco         </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <b>G017</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 3. Moderadamente <input type="checkbox"/> 4. Intensamente <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente/Não consegue         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga G18)</p>			<p>G18. _____ frequenta algum serviço de reabilitação devido à deficiência auditiva?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <b>G018</b> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga G21)</p>

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

<p>G21. _____ tem deficiência visual?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <b>G021</b> </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se G21=2, passe ao G32.)</p>	<p>G22. _____ nasceu com a deficiência visual ou a deficiência foi adquirida?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Nasceu com a deficiência <input type="checkbox"/> 2. Foi adquirida. Com que idade? <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <b>G022</b> <b>G02201</b> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga G23)</p>	<p>G23. Qual deficiência visual?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Cegueira de ambos os olhos <input type="checkbox"/> 2. Cegueira de um olho e visão reduzida do outro <input type="checkbox"/> 3. Cegueira de um olho e visão normal do outro         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 4. Baixa visão de ambos os olhos <input type="checkbox"/> 5. Baixa visão em um dos olhos         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga G24)</p>	
<p>G24. _____ usa algum recurso para auxiliar a locomoção?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <b>G024</b> </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se G24=1, siga G25. Se G24=2, passe ao G26.)</p>	<p>G25. Qual ou quais destes recursos _____ faz uso? (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>a. Bengala articulada</p> <p>b. Cão guia</p> <p>c. Outro (Especifique: <b>G02504</b>)</p> </div> <div style="width: 45%;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <b>G02501</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <b>G02502</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <b>G02503</b> </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga G26)</p> </div>		

<p>G26. Em geral, em que grau a deficiência visual limita as atividades habituais de _____? (Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não limita      <input type="checkbox"/> 3. Moderadamente      <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco      <input type="checkbox"/> 4. Intensamente</p> <p style="text-align: right;"><b>G026</b></p> <p style="text-align: right;">(siga G27)</p>	<p>G27. _____ frequenta algum serviço de reabilitação devido à deficiência visual?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim      <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: right;"><b>G027</b> (siga G32)</p>	<p>G32. O informante desta parte foi:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa <b>G032</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Outro morador <b>G03201</b></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não morador</p> <p>(Encerre o módulo. Passe ao Módulo I)</p>
--	---	--

## Módulo I - Cobertura de Plano de Saúde

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

<p>I1. _____ tem algum plano de saúde (médico ou odontológico), particular, de empresa ou órgão público?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim      <b>I001</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se I1=2, passe ao I012.)</p>	<p>I2. _____ tem quantos planos de saúde (médico ou odontológico) particular, de empresa ou órgão público?</p> <p><b>I002</b></p> <p>(siga I3)</p>	<p>I3. _____ tem algum plano de saúde apenas para assistência odontológica?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim      <b>I003</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se I2=1, siga I4. Se I2&gt;1, leia o texto: Para as questões seguintes, considere o plano de saúde principal.)</p>	<p>I4. O plano de saúde (único ou principal) que _____ possui é de instituição de assistência de servidor público (municipal, estadual ou militar)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim      <b>I004</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga I5)</p>
<p>I5. Há quanto tempo sem interrupção _____ possui esse plano de saúde? (Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Até 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Mais de 6 meses até 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mais de 1 ano até 2 anos      <b>I005</b></p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mais de 2 anos</p> <p>(siga I006)</p>	<p>I6. _____ considera este plano de saúde:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Muito bom      <input type="checkbox"/> 4. Ruim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Bom      <b>I006</b></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Regular      <input type="checkbox"/> 5. Muito ruim</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca usou o plano de saúde</p> <p>(siga I7)</p>	<p>I7. Quem é o titular do plano de saúde de _____?</p> <p><b>I007</b>      <b>I00701</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Número de ordem do titular</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Titular não morador</p> <p>(I7=2, passe ao I12.)</p>	
<p>I8. _____ tem alguém que não mora neste domicílio como dependente ou agregado neste plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim      <b>I008</b>      <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se I8=1, siga I9. Se I8=2, passe ao I10.)</p>	<p>I9. Quantas pessoas que não moram neste domicílio _____ tem como dependentes ou agregados no plano de saúde?</p> <p><b>I009</b></p> <p>(siga I10)</p>	<p>I10. Quem paga a mensalidade deste plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Somente o empregador do titular      <b>I010</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. O titular, através do trabalho atual</p> <p><input type="checkbox"/> 3. O titular, através do trabalho anterior</p> <p><input type="checkbox"/> 4. O titular, diretamente ao plano</p> <p>(Se I10=2, 3, 4 ou 5, siga I11. Se I10=1, 6 ou 7, passe ao I12.)</p>	<p><input type="checkbox"/> 5. Outro morador do domicílio</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Pessoa não moradora do domicílio</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Outro (Especifique: <b>I01001</b>)</p>
<p>I11. Qual é o valor da mensalidade deste plano de saúde? (Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de R\$50,00      <input type="checkbox"/> 5. De R\$300,00 a menos de R\$500,00</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De R\$50,00 a menos de R\$100,00      <input type="checkbox"/> 6. De R\$500,00 a menos de R\$1000,00</p> <p><input type="checkbox"/> 3. De R\$100,00 a menos de R\$200,00      <b>I011</b>      <input type="checkbox"/> 7. R\$1000,00 e mais</p> <p><input type="checkbox"/> 4. De R\$200,00 a menos de R\$300,00</p> <p>(siga I12)</p>			<p>I12. O informante desta parte foi:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa      <b>I012</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Outro morador      <b>I01201</b></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não morador</p> <p>(Encerre o módulo. Passe ao módulo J.)</p>

## Módulo J - Utilização de Serviços de Saúde

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

<p>J1. De um modo geral, como é o estado de saúde de _____? (Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Muito bom      <input type="checkbox"/> 4. Ruim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Bom      <b>J001</b></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Regular      <input type="checkbox"/> 5. Muito ruim</p> <p>(siga J2)</p>	<p>J2. Nas duas últimas semanas, _____ deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.) por motivo de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim      <b>J002</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se J2=2, passe ao J7.)</p>	<p>J3. Nas duas últimas semanas, quantos dias _____ deixou de realizar suas atividades habituais, por motivo de saúde?</p> <p><b>J003</b></p> <p><input type="text"/> dias</p> <p>(siga J4)</p>
---	---	---

<b>J4. Qual foi o principal motivo de saúde que impediu _____ de realizar suas atividade habituais nas duas últimas semanas?</b>		
<input type="checkbox"/> 01. Dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca <input type="checkbox"/> 02. Dor nos braços ou nas mãos <input type="checkbox"/> 03. Artrite ou reumatismo <input type="checkbox"/> 04. DORT- doença osteomuscular relacionada ao trabalho <input type="checkbox"/> 05. Dor de cabeça ou enxaqueca <input type="checkbox"/> 06. Problemas menstruais <input type="checkbox"/> 07. Problemas da gravidez <input type="checkbox"/> 08. Parto <input type="checkbox"/> 09. Problema odontológico	<input type="checkbox"/> 10. Resfriado / gripe <input type="checkbox"/> 11. Asma / bronquite / pneumonia <input type="checkbox"/> 12. Diarréia / vômito / náusea / gastrite <input type="checkbox"/> 13. Dengue <b>J004</b> <input type="checkbox"/> 14. Pressão alta ou outra doença do coração (como infarto, angina, insuficiência cardíaca) <input type="checkbox"/> 15. Diabetes <input type="checkbox"/> 16. AVC ou derrame <input type="checkbox"/> 17. Câncer	<input type="checkbox"/> 18. Depressão <input type="checkbox"/> 19. Outro problema de saúde mental <input type="checkbox"/> 20. Outra doença <input type="checkbox"/> 21. Lesão provocada por acidente de trânsito <input type="checkbox"/> 22. Lesão provocada por outro tipo de acidente <input type="checkbox"/> 23. Lesão provocada por agressão ou outra violência <input type="checkbox"/> 24. Outro problema de saúde (Especifique: <b>J00401</b> )
(siga J5)		
<b>J5. Nas duas últimas semanas _____ esteve acamado(a)?</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>J005</b> <input type="checkbox"/> 2. Não (Se J5=2, passe ao J7.)	<b>J6. Nas duas últimas semanas, quantos dias _____ esteve acamado(a)?</b> <div style="text-align: center;"> <b>J006</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div>           dias            (siga J7)         </div>	<b>J7. Algum médico já deu o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração) a _____?</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>J007</b> <input type="checkbox"/> 2. Não (Se J7=2, passe ao J9.)
<b>J8. Esta doença limita de alguma forma suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos, etc.)?</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>J008</b> <input type="checkbox"/> 2. Não (siga J9)	<b>J9. _____ costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>J009</b> <input type="checkbox"/> 2. Não (Se J9=2, passe ao J11.)	
<b>J10. Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde _____ costuma procurar:</b>		<b>J11. Quando _____ consultou um médico pela última vez?(Leia as opções resposta)</b>
<input type="checkbox"/> 01. Farmácia <b>J010</b> <input type="checkbox"/> 02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) <input type="checkbox"/> 03. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica <input type="checkbox"/> 04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento) <input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas) <input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público <input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambatório	<input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada <input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato <input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado <input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família <input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico particular <input type="checkbox"/> 13. Outro serviço (Especifique: <b>J01001</b> )	<input type="checkbox"/> 1. Nos doze últimos meses <b>J011</b> <input type="checkbox"/> 2. De 1 ano a menos de 2 anos <input type="checkbox"/> 3. De 2 anos a menos de 3 anos <input type="checkbox"/> 4. 3 anos ou mais <input type="checkbox"/> 5. Nunca foi ao médico (Se J11≠ 1, passe ao J13.)
<b>J12. Quantas vezes _____ consultou o médico nos últimos 12 meses?</b> <div style="text-align: center;"> <b>J012</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div>           vezes            (siga J13)         </div>		<b>J13. Quando _____ consultou um dentista pela última vez?(Leia as opções de resposta)</b> <input type="checkbox"/> 1. Nos doze últimos meses <b>J013</b> <input type="checkbox"/> 4. 3 anos ou mais <input type="checkbox"/> 2. De 1 ano a menos de 2 anos <input type="checkbox"/> 5. Nunca foi ao dentista <input type="checkbox"/> 3. De 2 anos a menos de 3 anos (siga J14)
<b>J14. Nas duas últimas semanas, _____ procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>J014</b> <input type="checkbox"/> 2. Não (Se J14=2, passe ao J36.)		
<b>J15. Qual foi o motivo principal pelo qual _____ procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?</b>		
<input type="checkbox"/> 1. Acidente ou lesão <input type="checkbox"/> 2. Doença <input type="checkbox"/> 3. Problema odontológico <input type="checkbox"/> 4. Reabilitação ou terapia <input type="checkbox"/> 5. Continuação de tratamento <input type="checkbox"/> 6. Pré-natal	<input type="checkbox"/> 7. Puericultura <b>J015</b> <input type="checkbox"/> 8. Parto <input type="checkbox"/> 9. Exame complementar de diagnóstico <input type="checkbox"/> 10. Vacinação <input type="checkbox"/> 11. Outro atendimento preventivo <input type="checkbox"/> 12. Solicitação de atestado de saúde (siga J16)	<input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: <b>J01501</b> )

<p>J16. Onde ____ procurou o primeiro atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Farmácia  <input type="checkbox"/> 2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)  <input type="checkbox"/> 3. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica  <input type="checkbox"/> 4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)  <input type="checkbox"/> 5. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)  <input type="checkbox"/> 6. Pronto-socorro ou emergência de hospital público  <input type="checkbox"/> 7. Hospital público/ambulatório </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><b>J016</b></p> <input type="checkbox"/> 8. Consultório particular ou clínica privada  <input type="checkbox"/> 9. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato  <input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado  <input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família  <input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico particular  <input type="checkbox"/> 13. Outro serviço (Especifique: <b>J01601</b>)</div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J17)</p>		<p>J17. Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, ____ foi atendido(a)?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><b>J017</b></p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se J17=1, passe ao J23. Se J17=2, siga J18.)</p>	
<p>J18. Por que motivo ____ não foi atendido(a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Não conseguiu vaga ou pegar senha  <input type="checkbox"/> 2. Não tinha médico atendendo  <input type="checkbox"/> 3. Não tinha dentista atendendo  <input type="checkbox"/> 4. Não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender  <input type="checkbox"/> 5. Esperou muito e desistiu </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><b>J018</b></p> <input type="checkbox"/> 6. O serviço de saúde não estava funcionando  <input type="checkbox"/> 7. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso  <input type="checkbox"/> 8. Não podia pagar pela consulta  <input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: <b>J01801</b>)</div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J19)</p>		<p>J19. Nas duas últimas semanas, quantas vezes ____ voltou a procurar atendimento de saúde por este motivo?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><b>J019</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 50%; height: 100%;"></div> <div style="width: 50%; height: 100%;"></div> </div> <p>vezes</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 0. Nenhuma </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se J19≠0, siga J20. Se J19=0, passe ao J37.)</p>	
<p>J20. Onde ____ procurou o último atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 01. Farmácia  <input type="checkbox"/> 02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)  <input type="checkbox"/> 03. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica  <input type="checkbox"/> 04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)  <input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)  <input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público  <input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><b>J020</b></p> <input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada  <input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato  <input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado  <input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família  <input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico particular  <input type="checkbox"/> 13. Outro serviço (Especifique: <b>J02001</b>)</div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J21)</p>		<p>J21. Nessa última vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, ____ foi atendido(a)?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><b>J021</b></p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se J21=1, passe ao J23. Se J21=2, siga J22.)</p>	
<p>J22. Por que motivo ____ não foi atendido(a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Não conseguiu vaga ou pegar senha  <input type="checkbox"/> 2. Não tinha médico atendendo  <input type="checkbox"/> 3. Não tinha dentista atendendo  <input type="checkbox"/> 4. Não havia profissional de saúde especializado para atender  <input type="checkbox"/> 5. Esperou muito e desistiu </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><b>J022</b></p> <input type="checkbox"/> 6. O serviço de saúde não estava funcionando  <input type="checkbox"/> 7. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso  <input type="checkbox"/> 8. Não podia pagar pela consulta  <input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: <b>J02201</b>)</div> </div> <p style="text-align: center;">(passe ao J37)</p>		<p>J23. Este serviço de saúde onde ____ foi atendido era: (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Público  <input type="checkbox"/> 2. Privado  <input type="checkbox"/> 3. Não sabe </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><b>J023</b></p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J24)</p>	
<p>J24. Este atendimento de saúde de ____ foi coberto por algum plano de saúde?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J25)</p>		<p>J25. ____ pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas? (<i>Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2</i>)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J26)</p>	
<p>J26. O atendimento de ____ foi feito pelo SUS?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 3. Não sabe </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J27)</p>			

<p>J27. Qual foi o principal atendimento de saúde que _____ recebeu?</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 01. Consulta médica</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 07. Vacinação</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 12. Pequena cirurgia em ambulatório</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 02. Consulta odontológica</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 08. Injeção, curativo ou medição de pressão arterial</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 13. Internação hospitalar</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 03. Consulta com outro profissional de saúde (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, enfermeiro, etc.)</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 09. Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou hemoterapia</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 14. Marcação de consulta</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 04. Atendimento com agente comunitário de saúde</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 10. Exames laboratoriais ou de imagem ou exames complementares de diagnóstico</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 15. Práticas complementares como acupuntura, homeopatia e fitoterapia</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 05. Atendimento com parteira</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 11. Gesso ou imobilização</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 16. Outro atendimento (Especifique: <b>J02701</b>)</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 06. Atendimento na farmácia</div> </div> <p style="text-align: center;">(Se J27#14, siga J29. Se J27= 14, passe ao J37.)</p>			
<p>J29. No último atendimento de _____, foi receitado algum medicamento?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <p style="text-align: center;"><b>J029</b></p> <p style="text-align: center;">(Se J29=1, siga J30. Se J29=2, passe ao J37.)</p>	<p>J30. _____ conseguiu obter os medicamentos receitados? (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Todos  <input type="checkbox"/> 2. Alguns  <input type="checkbox"/> 3. Nenhum         </div> <p style="text-align: center;"><b>J030</b></p> <p style="text-align: center;">(Se J30=1, passe ao J32. Se J30= 2 ou 3, siga J31.)</p>	<p>J31. Qual o principal motivo de _____ não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados? <b>J031</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1. Não conseguiu obter no serviço público de saúde, pois a farmácia estava fechada</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 6. Não tinha dinheiro para comprar</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 2. Os medicamentos não estavam disponíveis no serviço de saúde</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 7. Não achou necessário</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 3. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no programa farmácia popular (PFP)</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 8. Desistiu de procurar, pois melhorou</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 4. Não tinha farmácia próxima ou teve dificuldade de transporte</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: <b>J03101</b>)</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 5. Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia</div> </div> <p style="text-align: center;">(Se J30=3, passe ao J37. Se J30=2, siga J32.)</p>	
<p>J32. Algum dos medicamentos foi coberto por plano de saúde? (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim, todos  <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns  <input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum         </div> <p style="text-align: center;"><b>J032</b></p> <p style="text-align: center;">(Se J32=1, passe ao J35. Se J32=2 ou 3, siga J33.)</p>	<p>J33. Algum dos medicamentos foi obtido no programa farmácia popular (PFP)? (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim, todos  <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns  <input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum         </div> <p style="text-align: center;"><b>J033</b></p> <p style="text-align: center;">(Se J33=1, passe ao J35. Se J33=2 ou 3, siga J34.)</p>	<p>J34. Algum dos medicamentos foi obtido em serviço público de saúde? (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim, todos  <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns  <input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum         </div> <p style="text-align: center;"><b>J034</b></p> <p style="text-align: center;">(siga J35)</p>	<p>J35. _____ pagou algum valor pelos medicamentos?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <p style="text-align: center;"><b>J035</b></p> <p style="text-align: center;">(passe ao J37)</p>
<p>J36. Nas duas últimas semanas, por que motivo _____ não procurou serviço de saúde?</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 01. Não houve necessidade</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 06. O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 10. Greve nos serviços de saúde</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 02. Não tinha dinheiro</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 07. Achou que não tinha direito</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 11. Dificuldade de transporte</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 03. O local de atendimento era distante ou de difícil acesso</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 08. Não tinha quem o(a) acompanhasse</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 12. Outro motivo (Especifique: <b>J03601</b>)</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 04. Horário incompatível</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 09. Não gostava dos profissionais do estabelecimento</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 05. O atendimento é muito demorado</div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J37)</p>			
<p>J37. Nos últimos 12 meses, _____ ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <p style="text-align: center;"><b>J037</b></p> <p style="text-align: center;">(Se J37=2, passe ao J46.)</p>	<p>J38. Nos últimos 12 meses, quantas vezes _____ esteve internado(a)?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="margin-left: 5px;">vezes</div> </div> <p style="text-align: center;"><b>J038</b></p> <p style="text-align: center;">(siga J39)</p>	<p>J39. Qual foi o principal atendimento de saúde que _____ recebeu quando esteve internado(a) (pela última vez) nos doze últimos meses?</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 1. Parto normal</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 4. Tratamento psiquiátrico</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 7. Outro (Especifique: <b>J03901</b>)</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 2. Parto cesáreo</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 5. Cirurgia</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 3. Tratamento clínico</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 6. Exames complementares de diagnóstico</div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J40)</p>	
<p>J40. Quanto tempo _____ ficou internado(a) na última vez? Morador ficou internado</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="margin-left: 5px;">meses</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="margin-left: 5px;">dias</div> </div> <p style="text-align: center;"><b>J04001J04002</b></p> <p style="text-align: center;">(siga J41)</p>		<p>J41. O estabelecimento de saúde em que _____ esteve internado(a) (pela última vez) nos últimos 12 meses era: (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Público  <input type="checkbox"/> 2. Privado  <input type="checkbox"/> 3. Não sabe         </div> <p style="text-align: center;"><b>J041</b></p> <p style="text-align: center;">(siga J42)</p>	

<p>J42. A última internação de _____ nos últimos 12 meses foi coberta por algum plano de saúde?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <div style="margin-left: 20px;"><b>J042</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Não             <div style="margin-left: 20px;"><b>J043</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J43)</p>	<p>J43. _____ pagou algum valor por esta última internação?</p> <p><i>(Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <div style="margin-left: 20px;"><b>J043</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Não             <div style="margin-left: 20px;"><b>J044</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J44)</p>	<p>J44. Esta última internação de _____ foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <div style="margin-left: 20px;"><b>J044</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Não             <div style="margin-left: 20px;"><b>J045</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 3. Não sabe             <div style="margin-left: 20px;"><b>J046</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J45)</p>	<p>J45. Na última vez que _____ foi internado(a), como foi o atendimento recebido? (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Muito bom                 <div style="margin-left: 20px;"><b>J045</b></div> </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 4. Ruim                 <div style="margin-left: 20px;"><b>J049</b></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Bom                 <div style="margin-left: 20px;"><b>J046</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 3. Regular                 <div style="margin-left: 20px;"><b>J047</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J46)</p>
<p>J46. Nos últimos 12 meses, _____ teve atendimento de emergência no domicílio?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <div style="margin-left: 20px;"><b>J046</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Não             <div style="margin-left: 20px;"><b>J047</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(Se J46=2, passe ao J53.)</p>	<p>J47. Este atendimento foi coberto por algum plano de saúde?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <div style="margin-left: 20px;"><b>J047</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Não             <div style="margin-left: 20px;"><b>J048</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J48)</p>	<p>J48. _____ pagou algum valor por este atendimento?</p> <p><i>(Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <div style="margin-left: 20px;"><b>J048</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Não             <div style="margin-left: 20px;"><b>J049</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 3. Não sabe             <div style="margin-left: 20px;"><b>J050</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J49)</p>	<p>J49. Este atendimento foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <div style="margin-left: 20px;"><b>J049</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Não             <div style="margin-left: 20px;"><b>J050</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 3. Não sabe             <div style="margin-left: 20px;"><b>J051</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J50)</p>
<p>J50. Na última vez que _____ teve atendimento de urgência no domicílio, como foi o atendimento recebido? (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Muito bom                 <div style="margin-left: 20px;"><b>J050</b></div> </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 4. Ruim                 <div style="margin-left: 20px;"><b>J052</b></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Bom                 <div style="margin-left: 20px;"><b>J051</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 3. Regular                 <div style="margin-left: 20px;"><b>J052</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J51)</p>	<p>J51. Neste atendimento, _____ foi transportado por ambulância para um serviço de saúde?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <div style="margin-left: 20px;"><b>J051</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Não             <div style="margin-left: 20px;"><b>J052</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(Se J51=2, passe ao J53.)</p>	<p>J52. O transporte foi feito por: (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. SAMU                 <div style="margin-left: 20px;"><b>J052</b></div> </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 4. Corpo de Bombeiros                 <div style="margin-left: 20px;"><b>J05201</b></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Ambulância de serviço público de saúde                 <div style="margin-left: 20px;"><b>J05201</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 3. Ambulância de serviço de saúde privado/plano de saúde                 <div style="margin-left: 20px;"><b>J05201</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J53)</p>	
<p>J53. Nos últimos 12 meses, _____ utilizou alguma prática integrativa e complementar, isto é, tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia etc.?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <div style="margin-left: 20px;"><b>J053</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Não             <div style="margin-left: 20px;"><b>J054</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(Se J53=2, passe ao J58.)</p>	<p>J54. Qual tratamento _____ fez uso?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Acupuntura                 <div style="margin-left: 20px;"><b>J054</b></div> </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 4. Outro (Especifique: <b>J05401</b>)                 <div style="margin-left: 20px;"><b>J05401</b></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Homeopatia                 <div style="margin-left: 20px;"><b>J054</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 3. Plantas medicinais e fitoterapia                 <div style="margin-left: 20px;"><b>J054</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J55)</p>		<p>J55. Este tratamento foi coberto por algum plano de saúde?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <div style="margin-left: 20px;"><b>J055</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Não             <div style="margin-left: 20px;"><b>J056</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J56)</p>
<p>J56. _____ pagou algum valor por este tratamento?</p> <p><i>(Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <div style="margin-left: 20px;"><b>J056</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Não             <div style="margin-left: 20px;"><b>J057</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J57)</p>	<p>J57. Este tratamento foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <div style="margin-left: 20px;"><b>J057</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Não             <div style="margin-left: 20px;"><b>J058</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 3. Não sabe             <div style="margin-left: 20px;"><b>J058</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J58)</p>	<p>J58. _____ já teve dengue?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <div style="margin-left: 20px;"><b>J058</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Não             <div style="margin-left: 20px;"><b>J059</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(Se J58=2, passe ao J60.)</p>	
<p>J59. O diagnóstico foi dado por médico?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <div style="margin-left: 20px;"><b>J059</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Não             <div style="margin-left: 20px;"><b>J060</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga J60)</p>	<p>J60. O informante desta parte foi: <b>J060</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa                 <div style="margin-left: 20px;"><b>J06001</b></div> </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 2. Outro morador                 <div style="margin-left: 20px;"><b>J06001</b></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 3. Não morador                 <div style="margin-left: 20px;"><b>J06001</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(Encerre o módulo. Passe ao módulo K.)</p>		

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

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

<p>K1. Em geral, que grau de dificuldade _____ tem para comer sozinho(a) com um prato colocado à sua frente, incluindo segurar um garfo, cortar alimentos e beber em um copo?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Não consegue             <div style="margin-left: 20px;"><b>K001</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade             <div style="margin-left: 20px;"><b>K001</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade             <div style="margin-left: 20px;"><b>K002</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade             <div style="margin-left: 20px;"><b>K002</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(Se K1=1, 2 ou 3, siga K2. Se K1=4, passe ao K4.)</p>	<p>K2. _____ recebe alguma ajuda para comer?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <div style="margin-left: 20px;"><b>K002</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa             <div style="margin-left: 20px;"><b>K002</b></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda             <div style="margin-left: 20px;"><b>K002</b></div> </div> <p style="text-align: center;">(Se K2=1, siga K3. Se K2=2 ou 3, passe ao K4.)</p>
--	---



<p>K3. Quem presta ajuda a _____ para comer? <b>K003</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(siga K4)</p>	<p>K4. Em geral, que grau de dificuldade _____ tem para tomar banho sozinho(a) incluindo entrar e sair do chuveiro ou banheira?(Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue <b>K004</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K4=1, 2 ou 3, siga K5. Se K4=4, passe ao K7.)</p>	<p>K5. _____ recebe alguma ajuda para tomar banho?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <b>K005</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K5=1, siga K6. Se K5=2 ou 3, passe ao K7.)</p>
<p>K6. Quem presta ajuda a _____ para tomar banho? <b>K006</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(siga K7)</p>	<p>K7. Em geral, que grau de dificuldade _____ tem para ir ao banheiro sozinho(a) incluindo sentar e levantar do vaso sanitário?(Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue <b>K007</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K7=1, 2 ou 3, siga K8. Se K7=4, passe ao K10.)</p>	<p>K8. _____ recebe alguma ajuda para ir ao banheiro?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <b>K008</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K8=1, siga K9. Se K8=2 ou 3, passe ao K10.)</p>
<p>K9. Quem presta ajuda a _____ para ir ao banheiro? <b>K009</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(siga K10)</p>	<p>K10. Em geral, que grau de dificuldade _____ tem para se vestir sozinho(a), incluindo calçar meias e sapatos, fechar o zíper, e fechar e abrir botões?(Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue <b>K010</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K10=1, 2 ou 3, siga K11. Se K10=4, passe ao K13.)</p>	<p>K11. _____ recebe alguma ajuda para se vestir?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <b>K011</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K11=1, siga K12. Se K11=2 ou 3, passe ao K13.)</p>
<p>K12. Quem presta ajuda a _____ para se vestir? <b>K012</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(siga K13)</p>	<p>K13. Em geral, que grau de dificuldade _____ tem para andar em casa sozinho(a) de um cômodo a outro da casa, em um mesmo andar, como do quarto para a sala e cozinha?(Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue <b>K013</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K13=1, 2 ou 3, siga K14. Se K13=4, passe ao K16.)</p>	<p>K14. _____ recebe alguma ajuda para andar em casa?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <b>K014</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K14=1, siga K15. Se K14=2 ou 3, passe ao K16.)</p>
<p>K15. Quem presta ajuda a _____ para andar em casa? <b>K015</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(siga K16)</p>	<p>K16. Em geral, que grau de dificuldade _____ tem para deitar ou levantar da cama sozinho(a)?(Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue <b>K016</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K16=1, 2 ou 3, siga K17. Se K16=4, passe ao K19.)</p>	<p>K17. _____ recebe alguma ajuda para deitar ou levantar da cama?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <b>K017</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K17=1, siga K18. Se K17=2 ou 3, passe ao K19.)</p>



<p>K18. Quem presta ajuda a _____ para deitar ou levantar da cama? <b>K018</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(siga K19)</p>	<p>K19. Em geral, que grau de dificuldade _____ tem para sentar ou levantar da cadeira sozinho?(Leia as opções de resposta) <b>K019</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K19=1, 2 ou 3, siga K20. Se K19=4, passe ao K22.)</p>	<p>K20. _____ recebe alguma ajuda para sentar ou levantar da cadeira? <b>K020</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K20=1, siga K21. Se K20=2 ou 3, passe ao K22.)</p>
<p>K21. Quem presta ajuda a _____ para sentar ou levantar da cadeira? <b>K021</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(siga K22)</p>	<p>K22. Em geral, que grau de dificuldade _____ tem para fazer compras sozinho(a), por exemplo de alimentos, roupas ou medicamentos? (Leia as opções de resposta) <b>K022</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K22=1, 2 ou 3, siga K23. Se K22=4, passe ao K25.)</p>	<p>K23. _____ recebe alguma ajuda para fazer compras? <b>K023</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K23=1, siga K24. Se K23=2 ou 3, passe ao K25.)</p>
<p>K24. Quem presta ajuda a _____ para fazer compras? <b>K024</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(siga K25)</p>	<p>K25. Em geral, que grau de dificuldade _____ tem para administrar as finanças sozinho(a) (cuidar do seu próprio dinheiro)? (Leia as opções de resposta). <b>K025</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K25=1, 2 ou 3, siga K26. Se K25=4, passe ao K28.)</p>	<p>K26. _____ recebe alguma ajuda para administrar as finanças? <b>K026</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K26=1, siga K27. Se K26=2 ou 3, passe ao K28.)</p>
<p>K27. Quem presta ajuda a _____ para administrar as finanças? <b>K027</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(siga K28)</p>	<p>K28. Em geral, que grau de dificuldade _____ tem para tomar os remédios sozinho(a)?(Leia as opções de resposta) <b>K028</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não faz uso de medicamento</p> <p>(Se K28=1, 2 ou 3, siga K29. Se K28= 4 ou 5, passe ao K31.)</p>	<p>K29. _____ recebe alguma ajuda para tomar os remédios? <b>K029</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K29=1, siga K30. Se K29=2 ou 3, passe ao K31.)</p>
<p>K30. Quem presta ajuda a _____ para tomar os remédios? <b>K030</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p>(siga K31)</p>	<p>K31. Em geral, que grau de dificuldade _____ tem para ir ao médico sozinho(a)? (Leia as opções de resposta) <b>K031</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p>(Se K31=1, 2 ou 3, siga K32. Se K31=4, passe ao K34.)</p>	<p>K32. _____ recebe alguma ajuda para ir ao médico? <b>K032</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p>(Se K32=1, siga K33. Se K32=2 ou 3, passe ao K34.)</p>

<p>K33. Quem presta ajuda a _____ para ir ao médico? <b>K033</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p> <p style="text-align: right;">(siga K34)</p>	<p>K34. Em geral, que grau de dificuldade _____ tem para sair sozinho(a) utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro, etc.? (Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não consegue <b>K034</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tem grande dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem pequena dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não tem dificuldade</p> <p style="text-align: right;">(Se K34=1, 2 ou 3, siga K35. Se K34=4, passe ao K39.)</p>
<p>K35. _____ recebe alguma ajuda para sair? <b>K035</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, porque não precisa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, porque não tem ajuda</p> <p style="text-align: right;">(Se K35=1, siga K36. Se K35=2 ou 3, passe ao K39.)</p>	

<p>K36. Quem presta ajuda a _____ para sair? <b>K036</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Familiar que reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Familiar que reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Familiar que não reside no domicílio e é remunerado para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Familiar que não reside no domicílio e não é remunerado para ajudar</p> <p style="text-align: right;">(siga K39)</p>	<p><input type="checkbox"/> 5. Outra pessoa não familiar que não é remunerada para ajudar</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Cuidador contratado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Empregada doméstica</p>
---	---

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

<p>K39. _____ participa de atividades sociais organizadas (clubes, grupos comunitários ou religiosos, centros de convivência do idoso etc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <b>K039</b></p> <p style="text-align: right;">(siga K40)</p>	<p><input type="checkbox"/> 2. Não</p>
--	--

**Agora vamos falar sobre assistência de saúde**

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

<p>K40. Quando foi a última vez que _____ fez um exame de mamografia? (Leia as opções de resposta) <b>K040</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 ano atrás</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De 1 ano a menos de 2 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 3. De 2 anos a menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 3 anos ou mais atrás</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Nunca fez</p> <p style="text-align: right;">(Se K40=5, passe ao K44.)</p>	<p>K41. A última mamografia foi coberta por algum plano de saúde? <b>K041</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: right;">(siga K42)</p>	<p>K42. _____ pagou algum valor pela última mamografia? <b>K042</b></p> <p><i>(Entrevistador: se a entrevistada responder que pagou, mas teve reembolso total: marque a opção 2.)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: right;">(siga K43)</p>	<p>K43. A última mamografia foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)? <b>K043</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p style="text-align: right;">Se mulher (C006=2) com 60 anos ou mais, siga K44. Se mulher (C006=2) com 50 a 59 anos, passe ao K62.</p>
<p>K44. Quando foi a última vez que _____ fez exame de vista por profissional de saúde?(Leia as opções de resposta) <b>K044</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 e 3 anos atrás</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Mais de 3 anos atrás</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca fez</p> <p style="text-align: right;">(Se K44=6, passe ao K52.)</p>		<p>K45. Algum médico já deu a _____ diagnóstico de catarata em uma ou em ambas as vistas? <b>K045</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: right;">(Se K45=2, passe ao K52.)</p>	
<p>K46. Houve indicação para realização de cirurgia nos olhos para retirar a catarata? <b>K046</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: right;">(Se K46=2, passe ao K52.)</p>		<p>K47. _____ fez a cirurgia? <b>K047</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: right;">(Se K47=1, passe ao K49.)</p>	
<p>K48. Qual o principal motivo do(a) _____ não ter feito a cirurgia de catarata? <b>K048</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Está marcada, mas ainda não fez</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não achou necessário</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não conseguiu vaga</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Estava com dificuldades financeiras</p> <p><input type="checkbox"/> 5. O serviço de saúde era muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 6. O plano de saúde não cobria a cirurgia</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Não sabia onde realizar a cirurgia</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Não tinha quem o(a) acompanhasse</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: <b>K04801</b>)</p> <p style="text-align: right;">(passe ao K52)</p>			

<p>K49. A cirurgia de _____ foi coberta pelo plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">K049</p> <p style="text-align: center;">(siga K50)</p>	<p>K50. _____ pagou algum valor pela cirurgia?</p> <p><b>Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total: marque a opção 2</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">K050</p> <p style="text-align: center;">(siga K51)</p>	<p>K51. A cirurgia foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">K051</p> <p style="text-align: center;">(siga K52)</p>	<p>K52. Nos últimos 12 meses, _____ tomou vacina contra gripe?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">K052</p> <p style="text-align: center;">(Se K52=1, passe ao K54.)</p>
---	--	--	--

K53. Qual o principal motivo por não ter tomado a vacina contra gripe?

<p><input type="checkbox"/> 1. Raramente fica gripado(a)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não sabia que era necessário tomar vacina contra gripe</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabia onde tomar a vacina</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Tem medo da reação</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Tem medo de injeção</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Não tinha quem o(a) acompanhasse ao serviço de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Estava com dificuldades financeiras</p>	<p><input type="checkbox"/> 8. Teve dificuldades de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 9. O serviço de saúde era muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 10. A vacina não estava disponível no serviço que procurou</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Contra-indicação médica</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Não acredita que a vacina protege contra gripe</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: _____)</p>
---	--

K053

(siga K54)

<p>K54. Nos últimos 12 meses, _____ teve alguma queda que o(a) levou a procurar o serviço de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">K054</p> <p style="text-align: center;">(Se K54=2, passe ao K62.)</p>	<p>K55. Na ocasião dessas quedas nos últimos 12 meses, _____ fraturou quadril ou fêmur?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">K055</p> <p style="text-align: center;">(Se K55=2, passe ao K62.)</p>	<p>K56. Fez cirurgia por causa dessa fratura?(Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, sem colocação de prótese</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, com colocação de prótese</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">K056</p> <p style="text-align: center;">(Se K56=3, passe ao K62.)</p>	<p>K57. A cirurgia foi coberta pelo plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">K057</p> <p style="text-align: center;">(siga K58)</p>
---	---	--	--

<p>K58. _____ pagou algum valor pela cirurgia?</p> <p><b>Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total: marque a opção 2.</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">K058</p> <p style="text-align: center;">(siga K59)</p>	<p>K59. A cirurgia foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">K059</p> <p style="text-align: center;">(siga K60)</p>	<p>K60. Quanto tempo _____ esperou desde a hora que chegou ao hospital até a realização da cirurgia?</p> <p style="font-size: 1.2em;">K06001</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="font-size: 0.8em;">horas (a ser completado para menos de 24 horas)</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="font-size: 0.8em;">dias</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="font-size: 0.8em;">meses</div> </div> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">K06002 K06003</p> <p style="text-align: center;">(siga K61)</p>
---	--	---

<p>K61. Por quanto tempo _____ ficou internado(a) por causa dessa cirurgia?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="font-size: 0.8em;">dias</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="font-size: 0.8em;">meses</div> </div> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">K06101 K06102</p> <p style="text-align: center;">(siga K62)</p>	<p>K62. O informante desta parte foi:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Outro morador</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não morador</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">K06201</p> <p style="text-align: center;">(Se tiver morador(a) com menos de 2 anos passe ao módulo L. Caso contrário, encerre o módulo.)</p>
--	--

## Módulo L - Crianças com Menos de 2 Anos

As perguntas deste módulo são dirigidas às crianças do domicílio que ainda não completaram 2 anos de idade. No caso de mais de uma criança, escolher a mais nova. É importante que a mãe ou responsável pela criança seja a pessoa que responda ao questionário.

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

<p>L1. Número de ordem da criança:</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 0.8em;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> </div>
--	---

### Cuidados preventivos

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

<p>L2. Com quanto tempo de vida _____ recebeu a primeira consulta médica depois da alta da maternidade?</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 0.8em;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> </div>
---	---

dias   meses   anos

L00201 L00202 L00203

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

<p>L3. Onde foi realizada a primeira consulta médica ou de enfermagem?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)  <input type="checkbox"/> 2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica  <input type="checkbox"/> 3. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)  <input type="checkbox"/> 4. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)  <input type="checkbox"/> 5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público  <input type="checkbox"/> 6. Hospital público/ambulatorio  <input type="checkbox"/> 7. Consultório particular ou clínica privada </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 8. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato  <input type="checkbox"/> 9. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado  <input type="checkbox"/> 10. Visita domiciliar de médico particular  <input type="checkbox"/> 11. Visita domiciliar da equipe de saúde da família  <input type="checkbox"/> 12. Outro (Especifique: <u>L00301</u>) </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>L003</b>  (siga L4) </div>		
<p>L4. Onde é realizado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de ____?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)  <input type="checkbox"/> 2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica  <input type="checkbox"/> 3. Hospital público/ambulatorio  <input type="checkbox"/> 4. Consultório particular ou clínica privada </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 5. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato  <input type="checkbox"/> 6. Outro (Especifique: <u>L00401</u>)  <input type="checkbox"/> 7. Não faz acompanhamento </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>L004</b>  (siga L5) </div>	<p>L5. Foi realizado o teste do pezinho?</p> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 3. Não sabe </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>L005</b>  (Se L5=1, siga L6. Se L5=2 ou 3, passe ao L8.) </div>	
<p>L6. Quando foi realizado o teste do pezinho? (Leia as opções de resposta) <b>L006</b></p> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Na primeira semana de vida  <input type="checkbox"/> 2. Após a primeira semana e antes do primeiro mês de vida  <input type="checkbox"/> 3. Após o primeiro mês de vida  <input type="checkbox"/> 4. Não sabe </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> (siga L7) </div>	<p>L7. Quanto tempo depois da realização do exame, a sra recebeu o resultado do teste do pezinho?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Em 15 dias ou menos  <input type="checkbox"/> 2. Entre 16 dias e menos de 1 mês  <input type="checkbox"/> 3. Entre 1 mês e menos de 2 meses </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 4. Entre 2 meses e menos de 3 meses  <input type="checkbox"/> 5. Há 3 meses ou mais  <input type="checkbox"/> 6. Não recebeu </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>L007</b>  (siga L8) </div>	<p>L8. Foi realizado o teste da orelhinha?</p> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 3. Não sabe </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>L008</b>  (Se L8=1, siga L9. Se L8= 2 ou 3, passe ao L11.) </div>
<p>L9. Quando foi realizado o teste da orelhinha? (Leia as opções de resposta) <b>L009</b></p> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Na primeira semana de vida  <input type="checkbox"/> 2. Após a primeira semana e antes do primeiro mês de vida  <input type="checkbox"/> 3. Após o primeiro mês de vida  <input type="checkbox"/> 4. Não sabe </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> (siga L10) </div>	<p>L10. Quanto tempo depois da realização do exame, a sra recebeu o resultado do teste da orelhinha?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Em 15 dias ou menos  <input type="checkbox"/> 2. Entre 16 dias e menos de 1 mês  <input type="checkbox"/> 3. Entre 1 mês e menos de 2 meses </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 4. Entre 2 meses e menos de 3 meses  <input type="checkbox"/> 5. Há 3 meses ou mais  <input type="checkbox"/> 6. Não recebeu </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>L010</b>  (siga L11) </div>	<p>L11. Foi realizado o teste do olhinho?</p> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 3. Não sabe </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>L011</b>  (Se L11=1, siga L12. Se L11=2 ou 3, passe ao L17.) </div>
<p>L12. Quando foi realizado o teste do olhinho? (Leia as opções de resposta) <b>L012</b></p> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Na primeira semana de vida  <input type="checkbox"/> 2. Após a primeira semana e antes do primeiro mês de vida  <input type="checkbox"/> 3. Após o primeiro mês de vida  <input type="checkbox"/> 4. Não sabe </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> (siga L13) </div>	<p>L13. Quanto tempo depois da realização do exame, a sra recebeu o resultado do teste do olhinho?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Em 15 dias ou menos  <input type="checkbox"/> 2. Entre 16 dias e menos de 1 mês  <input type="checkbox"/> 3. Entre 1 mês e menos de 2 meses </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 4. Entre 2 meses e menos de 3 meses  <input type="checkbox"/> 5. Há 3 meses ou mais  <input type="checkbox"/> 6. Não recebeu </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>L013</b>  (siga L14) </div>	<p>L14. ____ já tomou alguma vacina?</p> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>L014</b>  (Se L14=1, siga L15. Se L14=2, passe ao L17.) </div>
<p>L15. A sra tem a caderneta ou cartão de ____ no qual as vacinas são anotadas?</p> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>L015</b>  (Se L15=1, siga L16. Se L15=2, passe ao L17.) </div>	<p>L16. Copiar as datas das vacinas Tetravalente anotadas na Caderneta da Criança:</p> <p>Vacina Tetravalente (DPT + Hib)</p> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 25%;">1ª dose</div> <div style="width: 75%; text-align: center;"> <b>L01613</b> <b>L01614</b> <b>L01615</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 25%;">2ª dose</div> <div style="width: 75%; text-align: center;"> <b>L01616</b> <b>L01617</b> <b>L01618</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 25%;">3ª dose</div> <div style="width: 75%; text-align: center;"> <b>L01619</b> <b>L01620</b> <b>L01621</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 25%;">Reforço</div> <div style="width: 75%; text-align: center;"> <b>L01622</b> <b>L01623</b> <b>L01624</b> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> (siga L17) </div> </div>	

L17. Você pode me dizer quais destes alimentos \_\_\_\_ tomou ou comeu desde ontem de manhã até hoje de manhã?(Leia as opções de resposta)

a. Leite de Peito	L01701	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	L01709	i. Feijão ou outras leguminosas (lentilha, ervilha, etc.)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
b. Outro leite ou derivados de leite	L01702	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	L01710	j. Carnes ou ovos	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
c. Água	L01703	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	L01711	k. Batata e outros tubérculos e raízes (batata doce, mandioca)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
d. Chá	L01704	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	L01712	l. Cereais e derivados (arroz, pão, cereal, macarrão, farinha, etc.)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
e. Mingau	L01705	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	L01713	m. Biscoitos ou bolachas ou bolo	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
f. Frutas ou suco natural de frutas	L01706	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	L01714	n. Doces, balas ou outros alimentos com açúcar	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
g. Sucos artificiais	L01707	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	L01715	o. Refrigerantes	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
h. Verduras/legumes	L01708	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	L01716	p. Outros (Especifique: <u>L01717</u> )	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não

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

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

- ☐ 1. Sim **L018**
- ☐ 2. Não, somente leite de peito

(siga L19)

L19. Alguma vez \_\_\_\_ recebeu Sulfato Ferroso?

- ☐ 1. Sim **L019**
- ☐ 2. Não
- ☐ 3. Recebeu um composto vitamínico, mas não sabe se contém Sulfato Ferroso

(siga L20)

L20. O informante desta parte foi: **L020**

1. Mãe ou responsável **L02001**
2. Outro morador **L02002**
3. Não morador ☐

(Encerre a entrevista.)

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

Nome:

Poderia me informar seus telefones de contato?

Fixo:  -

Celular:  -

Outro:  -

☐ 0. Não tem nenhum telefone para contato

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

- ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

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

Nome:

Endereço:

Telefones:  -  ☐ 0. Não tem telefone

Relação desta pessoa o Sr(a):

Nome:

Endereço:

Telefones:  -  ☐ 0. Não tem telefone

Relação desta pessoa o Sr(a):

Nome:

Endereço:

Telefones:  -  ☐ 0. Não tem telefone

Relação desta pessoa o Sr(a):

# QUESTIONÁRIO DO MORADOR SELECIONADO

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

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

## Módulo M. Outras características do trabalho e apoio social

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

<p>M1. Entrevista do adulto selecionado <b>M001</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Realizada</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Recusa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Morador não encontrado</p> <p>(siga M2)</p>	<p>M2. Identificação da mãe do morador selecionado <b>M002</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mãe moradora Número de ordem da mãe <b>M00201</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Mãe não moradora Nome da mãe não moradora: <b>M00202</b></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(Se G001=1, siga M3. Se G001=2 e E11 = 1, 2 ou 3, siga M4. Se G001=2 e E11 não tiver sido preenchido, passe ao M14.)</p>	<p>M3. O informante desta parte é: <b>M003</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. A própria pessoa <b>M00301</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Outro morador</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não morador</p>
---	---	--

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

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

<p>M4. Pensando em todas as suas atividades remuneradas (incluindo o trabalho principal), quantas horas, no total, o(a) sr(a) gasta por semana no deslocamento para os trabalhos, em geral?</p> <p><b>M004</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> Horas</p> <p>(siga M5)</p>	<p>M5. Em algum dos seus trabalhos, o(a) sr(a) trabalha em horário noturno?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><b>M005</b></p> <p>(Se M5=2, passe ao M9. Se M5=1, siga ao M5a.)</p>	<p>M5a. Qual o horário de início desse trabalho?</p> <p><b>M00501</b> <b>M00502</b></p> <p><input type="text"/> horas <input type="text"/> minutos</p> <p>(siga M5b)</p>	<p>M5b. Qual o horário de fim desse trabalho?</p> <p><b>M00503</b> <b>M00504</b></p> <p><input type="text"/> horas <input type="text"/> minutos</p> <p>(siga M6)</p>								
<p>M6. Com que frequência o(a) sr(a) trabalha em horário noturno em algum dos seus trabalhos?(Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 vez por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 1 a 3 vezes por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 1 vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 2 a 3 vezes por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 4 vezes por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 6. 5 vezes ou mais por semana</p> <p><b>M006</b></p> <p>(siga M7)</p>	<p>M7. Em algum dos seus trabalhos, o(a) sr(a) trabalha em regime de turnos ininterruptos, isto é, por 24 horas seguidas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><b>M007</b></p> <p>(Se M7=2, passe ao M9. Se M7=1, siga ao M8.)</p>	<p>M8. Com que frequência o(a) sr(a) trabalha por 24 horas seguidas?(Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 vez por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 1 a 3 vezes por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 1 vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 2 a 3 vezes por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 4 vezes por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 6. 5 vezes ou mais por semana</p> <p><b>M008</b></p> <p>(siga M9)</p>									
<p>M9. O(a) sr(a) normalmente trabalha em ambientes: (Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Fechados</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Abertos</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Ambos</p> <p><b>M009</b></p> <p>(Se M9=1 ou 3, siga M10. Se M9=2, passe ao M11.)</p>		<p>M10. Pensando em todos os seus trabalhos, durante os últimos 30 dias, alguém fumou em algum ambiente fechado onde o(a) sr(a) trabalha?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><b>M010</b></p> <p>(siga M11)</p>									
<p>M11. Pensando em todos os seus trabalhos, o(a) sr(a) está exposto(a) a algum destes fatores que podem afetar a sua saúde?(Leia as opções de resposta)</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>a. Manuseio de substâncias químicas</p> <p><b>M01101</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11b)</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>e. Manuseio de resíduos urbanos (lixo)</p> <p><b>M01105</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11f)</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>b. Exposição a ruído (barulho intenso)</p> <p><b>M01102</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11c)</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>f. Envolvimento em atividades que levam ao nervosismo</p> <p><b>M01106</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11g)</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>c. Exposição longa ao sol</p> <p><b>M01103</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11d)</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>g. Exposição a material biológico (sangue, agulhas, secreções)</p> <p><b>M01107</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11h)</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>d. Manuseio de material radioativo (transporte, recebimento, armazenagem, trabalho com raio-x)</p> <p><b>M01104</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11e)</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>h. Exposição a poeira industrial (pó de mármore)</p> <p><b>M01108</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11i)</p> </td> </tr> </table> <p>Se no módulo E (trabalho e rendimento) – quesito E11 = 1, siga M13. Se no módulo E (trabalho e rendimento) – quesito E11 = 2 ou 3, leia o texto a seguir.</p>				<p>a. Manuseio de substâncias químicas</p> <p><b>M01101</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11b)</p>	<p>e. Manuseio de resíduos urbanos (lixo)</p> <p><b>M01105</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11f)</p>	<p>b. Exposição a ruído (barulho intenso)</p> <p><b>M01102</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11c)</p>	<p>f. Envolvimento em atividades que levam ao nervosismo</p> <p><b>M01106</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11g)</p>	<p>c. Exposição longa ao sol</p> <p><b>M01103</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11d)</p>	<p>g. Exposição a material biológico (sangue, agulhas, secreções)</p> <p><b>M01107</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11h)</p>	<p>d. Manuseio de material radioativo (transporte, recebimento, armazenagem, trabalho com raio-x)</p> <p><b>M01104</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11e)</p>	<p>h. Exposição a poeira industrial (pó de mármore)</p> <p><b>M01108</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11i)</p>
<p>a. Manuseio de substâncias químicas</p> <p><b>M01101</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11b)</p>	<p>e. Manuseio de resíduos urbanos (lixo)</p> <p><b>M01105</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11f)</p>										
<p>b. Exposição a ruído (barulho intenso)</p> <p><b>M01102</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11c)</p>	<p>f. Envolvimento em atividades que levam ao nervosismo</p> <p><b>M01106</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11g)</p>										
<p>c. Exposição longa ao sol</p> <p><b>M01103</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11d)</p>	<p>g. Exposição a material biológico (sangue, agulhas, secreções)</p> <p><b>M01107</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11h)</p>										
<p>d. Manuseio de material radioativo (transporte, recebimento, armazenagem, trabalho com raio-x)</p> <p><b>M01104</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11e)</p>	<p>h. Exposição a poeira industrial (pó de mármore)</p> <p><b>M01108</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga M11i)</p>										

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

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

M01301 M01302 M01303

Anos Meses Dias

(siga M14)

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

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

M014

Parentes

(siga M15)

0. Nenhum

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

M015

Amigos

(siga M16)

0. Nenhum

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

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

M016

(siga M17)

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

M017

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

(siga M18)

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

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

M018

(siga M19)

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

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

M019

(Encerre o módulo. Passe ao Módulo N.)

## Módulo N. Percepção do estado de saúde

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

N1. Em geral, como o(a) sr(a) avalia a sua saúde?(Leia as opções de resposta)

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

N001

(siga N2)

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

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

1. Sim 2. Não

N002

(siga N3)

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

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

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

N003

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

Agora vamos perguntar sobre dor ou desconforto no peito:

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

1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

N004

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

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

1. Sim 2. Não

N005

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

N6. O que o(a) sr(a) faz se sente dor ou desconforto no peito?(Leia as opções de resposta)

N006

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

(siga N7)



<p>N7. Se o(a) sr(a) parar, o que acontece com a dor ou desconforto no peito? (Leia as opções de resposta)</p> <p><b>N007</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. É aliviada em 10 minutos ou menos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. É aliviada em mais de 10 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não é aliviada</p> <p>(siga N8)</p>	<p>N8. O(A) sr(a) pode me mostrar onde o(a) sr(a) geralmente sente essa dor/desconforto no peito?(Leia as opções de resposta)</p> <p><b>N008</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Acima ou no meio do peito</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Abaixo do peito</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Braço esquerdo</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Outro (Especifique: <b>N00801</b>)</p> <p>(siga N10)</p>
---	--

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

<p>N10. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume?(Leia as opções de resposta)</p> <p><b>N010</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p>(siga N11)</p>	<p>N11. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve problemas por não se sentir descansado(a) e disposto(a) durante o dia, sentindo-se cansado(a), sem ter energia?(Leia as opções de respostas)</p> <p><b>N011</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p>(siga N12)</p>	<p>N12. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas?(Leia as opções de resposta)</p> <p><b>N012</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p>(siga N13)</p>
<p>N13. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve problemas para se concentrar nas suas atividades habituais?(Leia as opções de resposta)</p> <p><b>N013</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p>(siga N14)</p>	<p>N14. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume?(Leia as opções de resposta)</p> <p><b>N014</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p>(siga N15)</p>	<p>N15. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve lentidão para se movimentar ou falar, ou ao contrário, ficou muito agitado(a) ou inquieto(a)? (Leia as opções de resposta)</p> <p><b>N015</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p>(siga N16)</p>
<p>N16. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) se sentiu deprimido(a), "pra baixo" ou sem perspectiva?(Leia as opções de resposta)</p> <p><b>N016</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p>(siga N17)</p>	<p>N17. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?(Leia as opções de resposta)</p> <p><b>N017</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p>(siga N18)</p>	<p>N18. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou achou que seria melhor estar morto? (Leia as opções de resposta)</p> <p><b>N018</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mais da metade dos dias</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Quase todos os dias</p> <p>(siga N19)</p>

Agora vamos abordar problemas de audição e visão.

<p>N19. O(a) sr(a) faz uso de aparelho auditivo?</p> <p><b>N019</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga N20)</p>	<p>Ao responder à próxima pergunta leve em conta o <b>aparelho auditivo</b>, se o sr(a) utilizar.</p> <p>N20. Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para ouvir? (Leia as opções de resposta)</p> <p><b>N020</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Leve</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Médio</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Intenso</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não consegue</p> <p>(siga N21)</p>	<p>N21. O(a) Sr(a) usa algum tipo de recurso (como óculos, lentes de contato etc.) para auxiliar a enxergar?</p> <p><b>N021</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga N22)</p>
---	--	---

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

<p>N22. Em geral, que grau de dificuldade o(a) tem para ver de longe? (reconhecer uma pessoa conhecida do outro lado da rua a uma distância de mais ou menos 20 metros)(Leia as opções de resposta)</p> <p><b>N022</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Leve</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Médio</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Intenso</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não consegue</p> <p>(siga N23)</p>	<p>N23. Em geral, que grau de dificuldade _____ tem para ver de perto? (reconhecer um objeto que esteja ao alcance das mãos ou ao ler)(Leia as opções de resposta)</p> <p><b>N023</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Leve</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Médio</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Intenso</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não consegue</p> <p>(Encerre o módulo. Passe ao Módulo O.)</p>
--	---



## Módulo O. Acidentes e Violências

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

<p>O1. O(A) sr(a) dirige carro?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <b>O001</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga O2)</p>	<p>O2. O(A) sr(a) dirige motocicleta?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <b>O002</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga O3)</p>	<p>O3. Com que frequência o(a) sr(a) anda de carro/automóvel, van ou táxi?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sempre <b>O003</b> <input type="checkbox"/> 3. Às vezes <input type="checkbox"/> 5. Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Quase sempre <input type="checkbox"/> 4. Raramente</p> <p>(Se O3=5, passe ao O6. Se O3= 1 a 4, siga O4.)</p>	
<p>O4. Com que frequência o(a) sr(a) usa cinto de segurança quando dirige ou anda como passageiro no banco da frente de carro/ automóvel, van ou táxi? (Leia as opções de resposta) <b>O004</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca anda no banco da frente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sempre usa cinto</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Quase sempre usa cinto</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Às vezes usa cinto</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Raramente usa cinto</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca usa cinto</p> <p>(siga O5)</p>	<p>O5. Com que frequência o(a) sr(a) usa cinto de segurança quando anda no banco de trás de carro/automóvel, van ou táxi? (Leia as opções de resposta) <b>O005</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca anda no banco de trás</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sempre usa cinto</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Quase sempre usa cinto</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Às vezes usa cinto</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Raramente usa cinto</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca usa cinto</p> <p>(siga O6)</p>	<p>O6. Com que frequência o(a) sr(a) anda de motocicleta?(Leia as opções de resposta) <b>O006</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sempre</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Quase sempre</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Às vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Nunca</p> <p>(Se O6 = 1 a 4 e O2 = 1, siga O7.) (Se O6 = 1 a 4 e O2 = 2, passe ao O8.) (Se O6 = 5, passe ao O9.)</p>	
<p>O7. Com que frequência o(a) sr(a) usa capacete quando dirige motocicleta? (Leia as opções de resposta) <b>O007</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sempre usa capacete <input type="checkbox"/> 4. Raramente usa capacete</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Quase sempre usa capacete <input type="checkbox"/> 5. Nunca usa capacete</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Às vezes usa capacete</p> <p>(siga O8)</p>	<p>O8. Com que frequência o(a) sr(a) usa capacete quando anda como passageiro de motocicleta?(Leia as opções de resposta) <b>O008</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca anda como passageiro de motocicleta <input type="checkbox"/> 4. Às vezes usa capacete</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sempre usa capacete <input type="checkbox"/> 5. Raramente usa capacete</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Quase sempre usa capacete <input type="checkbox"/> 6. Nunca usa capacete</p> <p>(siga O9)</p>		
<p>O9. Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) se envolveu em algum acidente de trânsito no qual tenha sofrido lesões corporais (ferimentos)? <b>O009</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (siga O10) <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>Quantos</p> <p>(Se O9=2, passe ao O21.)</p>	<p>O10. Algum desses acidentes de trânsito ocorreu quando o(a) sr(a) estava trabalhando, indo ou voltando do trabalho? <b>O010</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, quando estava trabalhando</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, quando estava indo ou voltando do trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não</p> <p>(siga O11)</p>		
<p>O11. Durante o acidente de trânsito mais grave ocorrido nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) era:</p> <p><input type="checkbox"/> 01. Condutor(a) de carro/van <b>O011</b></p> <p><input type="checkbox"/> 02. Condutor(a) de ônibus</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Condutor (a) de caminhão</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Condutor(a) de motocicleta</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Condutor(a) de bicicleta</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Passageiro(a) de carro/van</p> <p><input type="checkbox"/> 07. Passageiro(a) de ônibus</p> <p><input type="checkbox"/> 08. Passageiro (a) de caminhão</p> <p><input type="checkbox"/> 09. Passageiro(a) de motocicleta</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Passageiro(a) de bicicleta</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Pedestre</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Outro (Especifique: _____) <b>O01101</b></p> <p>(siga O12)</p>			
<p>O12. Para este acidente que o(a) sr(a) considerou mais grave, o acidente envolveu transporte de carga perigosa, como gasolina, diesel, álcool, ácidos ou produtos químicos em geral?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <b>O012</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se O12 = 2, passe ao O14. Se O12 = 1, siga O13.)</p>	<p>O13. O acidente resultou em derramamento de carga?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <b>O013</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga O14)</p>	<p>O14. Para este acidente que considerou mais grave, o(a) sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (<i>trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à escola etc.</i>)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <b>O014</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga O15)</p>	<p>O15. Para este acidente que considerou mais grave, o(a) sr(a) recebeu algum tipo de assistência de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <b>O015</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se O15 = 2, passe ao O21. Se O15 = 1, siga O16.)</p>

<p>O16. Onde o(a) sr(a) recebeu a primeira assistência de saúde? <b>O016</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 01. No local do acidente  <input type="checkbox"/> 02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)  <input type="checkbox"/> 03. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica  <input type="checkbox"/> 04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)  <input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)  <input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público  <input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada  <input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato  <input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado  <input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular  <input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família  <input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: <b>O01601</b>) </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se O16 = 02 ao 13, passe ao O19. Se O16 = 01, siga O17.)</p>	<p>O17. Quem lhe prestou atendimento no local do acidente?(Leia as opções de resposta) <b>O017</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Ambulância/ Resgate do SAMU  <input type="checkbox"/> 2. Ambulância/ Resgate dos Bombeiros  <input type="checkbox"/> 3. Motos do SAMU  <input type="checkbox"/> 4. Ambulância/ Resgate do setor privado (particular ou convênio)  <input type="checkbox"/> 5. Ambulância/ Resgate da concessionária da rodovia  <input type="checkbox"/> 6. Outro (Especifique <b>O01701</b>) </div> <div style="width: 48%;"></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga O18)</p>	
<p>O18. Em quanto tempo, após o acidente, o(a) sr(a) recebeu o primeiro atendimento de saúde?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>O01801</b>  <input type="text"/> Horas </div> <div style="text-align: center;"> <b>O01802</b>  <input type="text"/> Minutos </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga O19)</p>	<p>O19. Por causa deste acidente de trânsito, o(a) sr(a) precisou ser internado por 24 horas ou mais?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>O019</b> <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <p style="text-align: center;">(siga O20)</p>	<p>O20. O(A) sr(a) teve ou tem alguma sequela e/ou incapacidade decorrente deste acidente de trânsito?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>O020</b> <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <p style="text-align: center;">(siga O21)</p>

Agora vamos perguntar sobre acidentes de trabalho.

<p>O21. Nos últimos 12 meses o(a) sr(a) se envolveu em algum acidente de trabalho (<i>sem considerar os acidentes de trânsito</i>)?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>O02101</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <input type="text"/> Quantos </div> <input type="checkbox"/> 2. Não <b>O021</b>  <input type="checkbox"/> 3. Não se aplica </div> <div style="width: 48%;"></div> </div> <p style="text-align: center;">(Se O21=2 ou 3, passe ao O25. Se O21=1, siga O22.)</p>	<p>O22. Para o acidente de trabalho que considerou mais grave, o(a) sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (<i>trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à escola, etc.</i>)?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>O022</b>  <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <div style="width: 48%;"></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga O23)</p>	<p>O23. Por causa deste acidente de trabalho, o(a) sr(a) precisou ser internado por 24 horas ou mais?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>O023</b>  <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <div style="width: 48%;"></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga O24)</p>	<p>O24. O(A) sr(a) teve ou tem alguma sequela e/ou incapacidade decorrente deste acidente de trabalho?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>O024</b>  <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <div style="width: 48%;"></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga O25)</p>
---	--	---	--

Agora vamos perguntar sobre violências e agressões.

<p>O25. Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) sofreu alguma violência ou agressão de pessoa desconhecida (<i>como bandido, policial, assaltante etc.</i>)?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>O025</b>  <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <div style="width: 48%;"></div> </div> <p style="text-align: center;">(Se O25 = 2, passe ao O37. Se O25 = 1, siga ao O26.)</p>	<p>O26. Nos últimos 12 meses, quantas vezes sofreu alguma violência de pessoa desconhecida?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Uma vez <b>O026</b>  <input type="checkbox"/> 2. Duas vezes  <input type="checkbox"/> 3. De três a seis vezes </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 4. De sete a menos de 12 vezes  <input type="checkbox"/> 5. Pelo menos uma vez por mês  <input type="checkbox"/> 6. Pelo menos uma vez por semana  <input type="checkbox"/> 7. Quase diariamente </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga O27)</p>		
<p>O27. Pensando na violência mais grave que o(a) sr(a) sofreu de pessoa desconhecida nos últimos 12 meses, que tipo de violência o(a) sr(a) sofreu? (Leia as opções de resposta) <b>O027</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Física  <input type="checkbox"/> 2. Sexual  <input type="checkbox"/> 3. Psicológica  <input type="checkbox"/> 4. Outra (Especifique: <b>O02701</b>) </div> <div style="width: 48%;"></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga O28)</p>	<p>O28. Pensando na violência mais grave que o(a) sr(a) sofreu de pessoa desconhecida nos últimos 12 meses, como o(a) sr(a) foi ameaçado(a) ou ferido(a)? (Leia as opções de resposta) <b>O028</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)  <input type="checkbox"/> 2. Com objeto perfuro-cortante (faca, navalha, punhal, tesoura)  <input type="checkbox"/> 3. Com objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra)  <input type="checkbox"/> 4. Com força corporal, espancamento (tapa, murro, empurrão)  <input type="checkbox"/> 5. Por meio de palavras ofensivas, xingamentos ou palavrões  <input type="checkbox"/> 6. Outro (Especifique: <b>O02801</b>) </div> <div style="width: 48%;"></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga O29)</p>	<p>O29. Onde ocorreu essa violência? (Leia as opções de resposta) <b>O029</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Residência  <input type="checkbox"/> 2. Trabalho  <input type="checkbox"/> 3. Escola/Faculdade ou similar  <input type="checkbox"/> 4. Bar ou similar  <input type="checkbox"/> 5. Via pública  <input type="checkbox"/> 6. Banco/Caixa eletrônico/Lotérica  <input type="checkbox"/> 7. Outro (Especifique: <b>O02901</b>) </div> <div style="width: 48%;"></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga O30)</p>	
<p>O30. Nesta ocorrência, a violência foi cometida por: (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Bandido, ladrão ou assaltante <b>O030</b>  <input type="checkbox"/> 2. Agente legal público (policial/ agente da lei) </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 3. Outro (Especifique: <b>O03001</b>) </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga O31)</p>	<p>O31. Por causa dessa violência, o(a) sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (<i>trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à escola etc.</i>)?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <b>O031</b>  <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <div style="width: 48%;"></div> </div> <p style="text-align: center;">(siga O32)</p>		

<p>O32. O(A) sr(a) teve alguma lesão corporal ou ferimento provocado por essa violência?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <div style="margin: 0 20px;"><b>O032</b></div> <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <p style="text-align: center;">(siga O33)</p>	<p>O33. Por causa desta violência, o(a) sr(a) recebeu algum tipo de assistência de saúde?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <div style="margin: 0 20px;"><b>O033</b></div> <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <p style="text-align: center;">(Se O33 = 2, passe ao O37. Se O33 = 1, siga O34.)</p>	
<p>O34. Onde foi prestada a primeira assistência de saúde?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 01. No local da violência  <input type="checkbox"/> 02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)  <input type="checkbox"/> 03. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica  <input type="checkbox"/> 04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)  <input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)  <input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público  <input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório </div> <div style="width: 4%; text-align: center;"><b>O034</b></div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada  <input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato  <input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado  <input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular  <input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família  <input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: <b>O03401</b>) </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga O35)</p>		
<p>O35. Por causa desta violência, o(a) sr(a) precisou ser internado por 24 horas ou mais?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <div style="margin: 0 20px;"><b>O035</b></div> <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <p style="text-align: center;">(siga O36)</p>	<p>O36. O(A) sr(a) teve ou tem alguma sequela e/ou incapacidade decorrente desta violência?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <div style="margin: 0 20px;"><b>O036</b></div> <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <p style="text-align: center;">(siga O37)</p>	<p>O37. Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) sofreu alguma violência ou agressão de pessoa conhecida (como pai, mãe, filho(a), cônjuge, parceiro(a), namorado(a), amigo(a), vizinho(a))?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <div style="margin: 0 20px;"><b>O037</b></div> <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <p style="text-align: center;">(Se O37 = 2, passe ao Módulo P. Se O37 = 1, siga ao O38.)</p>
<p>O38. Nos últimos 12 meses, com que frequência sofreu alguma violência de pessoa conhecida?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Uma vez  <input type="checkbox"/> 2. Duas vezes  <input type="checkbox"/> 3. De três a seis vezes  <input type="checkbox"/> 4. De sete a menos de 12 vezes </div> <div style="width: 4%; text-align: center;"><b>O038</b></div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 5. Pelo menos uma vez por mês  <input type="checkbox"/> 6. Pelo menos uma vez por semana  <input type="checkbox"/> 7. Quase diariamente </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga O39)</p>		<p>O39. Pensando na violência mais grave que o(a) sr(a) sofreu de pessoa conhecida nos últimos 12 meses, que tipo de violência o(a) sr(a) sofreu? (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Física  <input type="checkbox"/> 2. Sexual </div> <div style="width: 4%; text-align: center;"><b>O039</b></div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 3. Psicológica  <input type="checkbox"/> 4. Outro (Especifique: <b>O03901</b>) </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga O40)</p>
<p>O40. Pensando na violência mais grave que o(a) sr(a) sofreu de pessoa conhecida nos últimos 12 meses, como o(a) sr(a) foi ameaçado(a) ou ferido(a)?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Com força corporal/espantamento (tapa, murro, beliscão, empurrão)  <input type="checkbox"/> 2. Com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)  <input type="checkbox"/> 3. Com objeto perfuro-cortante (faca, navalha, punhal, tesoura)  <input type="checkbox"/> 4. Com objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra)  <input type="checkbox"/> 5. Com arremesso de substância/objeto quente </div> <div style="width: 4%; text-align: center;"><b>O040</b></div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 6. Com lançamento de objetos  <input type="checkbox"/> 7. Com envenenamento  <input type="checkbox"/> 8. Por meio de palavras ofensivas, xingamentos ou palavrões  <input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: <b>O04001</b>) </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga O41)</p>		<p>O41. Onde ocorreu esta violência? (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Residência  <input type="checkbox"/> 2. Trabalho  <input type="checkbox"/> 3. Escola / Faculdade ou similar  <input type="checkbox"/> 4. Bar ou similar  <input type="checkbox"/> 5. Via pública  <input type="checkbox"/> 6. Outro (Especifique: <b>O04101</b>) </div> <div style="width: 4%; text-align: center;"><b>O041</b></div> <div style="width: 48%;"> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga O42)</p>
<p>O42. Nesta ocorrência, a violência foi cometida por: (Leia as opções de respostas)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 01. Cônjuge, companheiro(a), namorado(a)  <input type="checkbox"/> 02. Ex-cônjuge, ex-companheiro(a), ex-namorado(a)  <input type="checkbox"/> 03. Pai/Mãe  <input type="checkbox"/> 04. Padrasto/Madrasta </div> <div style="width: 4%; text-align: center;"><b>O042</b></div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 05. Filho(a)  <input type="checkbox"/> 06. Irmão(ã)  <input type="checkbox"/> 07. Outro parente  <input type="checkbox"/> 08. Amigos(as)/colegas  <input type="checkbox"/> 09. Patrão/chefe  <input type="checkbox"/> 10. Outra pessoa conhecida (Especifique: <b>O04201</b>) </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga O43)</p>		
<p>O43. Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, realizar afazeres domésticos, ir à escola etc.) por causa desta violência?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <div style="margin: 0 20px;"><b>O043</b></div> <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <p style="text-align: center;">(siga O44)</p>	<p>O44. O(A) sr(a) teve alguma lesão corporal ou ferimento provocado por essa violência?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <div style="margin: 0 20px;"><b>O044</b></div> <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <p style="text-align: center;">(siga O45)</p>	<p>O45. Por causa desta violência, o(a) sr(a) buscou algum tipo de assistência de saúde?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim <div style="margin: 0 20px;"><b>O045</b></div> <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <p style="text-align: center;">(Se O45 = 2, passe ao Módulo P. Se O45 = 1, siga O46.)</p>

<p>O46. Onde foi prestada a assistência de saúde? <span style="float: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">O046</span></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 01. No local da agressão</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica</p> <p><input type="checkbox"/> 04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público</p> <p><input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada</p> <p><input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado</p> <p><input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular</p> <p><input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: <u>  O04601  </u>)</p> </div> </div> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">(siga O47)</p>	
<p>O47. Por causa desta violência, o(a) sr(a) precisou ser internado por 24 horas ou mais?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <span style="font-weight: bold; font-size: 1.2em; margin-left: 10px;">O047</span></p> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">(siga O48)</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> </div> </div>	<p>O48. O(a) sr(a) teve ou tem alguma sequela e/ou incapacidade decorrente desta violência?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <span style="font-weight: bold; font-size: 1.2em; margin-left: 10px;">O048</span></p> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">(Encerre o módulo. Passe ao Módulo P.)</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> </div> </div>

## Módulo P. Estilos de Vida

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

<p>P1. O(A) sr(a) sabe seu peso? <i>(mesmo que seja valor aproximado)</i> <span style="float: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">P001</span></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, qual? <span style="font-weight: bold; font-size: 1.2em; margin-left: 10px;">P00101</span></p> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">(siga P2)</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 2. Não sabe</p> </div> </div>	<p>P2. Quanto tempo faz que o(a) sr(a) se pesou da última vez? <span style="float: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">P002</span></p> <p style="font-size: 0.8em;">(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 semana</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 1 semana e menos de 1 mês</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 mês a menos de 3 meses</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 4. Entre 3 meses e menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Há 6 meses ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca se pesou</p> </div> </div> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">(Se C008 (idade) ≥ 30, siga P3. Caso contrário, passe ao P4.)</p>
<p>P3. O(A) sr(a) lembra qual seu peso aproximado por volta dos 20 anos de idade? <span style="float: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">P003</span></p> <p style="font-size: 0.8em;">(somente para pessoas com 30 anos ou mais)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, qual? <span style="font-weight: bold; font-size: 1.2em; margin-left: 10px;">P00301</span></p> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">(siga P4)</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 2. Não lembra / Não sabe</p> </div> </div>	<p>P4. O(A) sr(a) sabe sua altura? <i>(mesmo que seja valor aproximado)</i> <span style="float: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">P004</span></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, qual? <span style="font-weight: bold; font-size: 1.2em; margin-left: 10px;">P00401</span></p> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">(Se C006 = 1, passe ao P6.) (Se C006 = 2, siga P5.)</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 2. Não sabe</p> </div> </div>

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

<p>P5. A sra está grávida no momento? <span style="float: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">P005</span></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 33%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> </div> <div style="width: 33%;"> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> </div> <div style="width: 33%;"> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> </div> </div> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">(siga P6)</p>
--

Agora vou lhe fazer perguntas sobre sua alimentação.

<p>P6. Em quantos dias da semana o(a) costuma comer feijão? <span style="float: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">P006</span></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> Dias</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> </div> </div> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">(siga P7)</p>	<p>P7. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru? <span style="float: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">P007</span></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> Dias</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> </div> </div> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">(Se P7=0, passe ao P9. Se P7&gt;0, siga P8.)</p>
<p>P8. Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come este tipo de salada? <span style="float: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">P008</span></p> <p style="font-size: 0.8em;">(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. 1 vez por dia (no almoço ou no jantar)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 2 vezes por dia (no almoço e no jantar)</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 3. 3 vezes ou mais por dia</p> </div> </div> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">(siga P9)</p>	<p>P9. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume cozido, como couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? <i>(sem contar batata, mandioca ou inhame)</i> <span style="float: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">P009</span></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> Dias</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> </div> </div> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">(Se P9=0, passe ao P11. Se P9&gt;0, siga P10.)</p>
<p>P10. Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come verdura ou legume cozido? <span style="float: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">P010</span></p> <p style="font-size: 0.8em;">(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. 1 vez por dia (no almoço ou no jantar)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 2 vezes por dia (no almoço e no jantar)</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 3. 3 vezes ou mais por dia</p> </div> </div> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">(siga P11)</p>	<p>P11. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)? <span style="float: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">P011</span></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> Dias</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> </div> </div> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">(Se P11=0, passe ao P13. Se P11&gt;0, siga P12.)</p>

<p>P12. Quando o(a) sr(a) come carne vermelha, o(a) sr(a) costuma: <b>P012</b> (Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Tirar o excesso de gordura visível <input type="checkbox"/> 2. Comer com a gordura</p> <p>(siga P13)</p>	<p>P13. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frango/galinha? (Leia as opções de resposta) <b>P013</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(Se P13=0, passe ao P15. Se P13&gt;0, siga P14.)</p>
<p>P14. Quando o(a) sr(a) come frango/galinha, o(a) sr(a) costuma: (Leia as opções de resposta) <b>P014</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Tirar a pele <input type="checkbox"/> 2. Comer com a pele</p> <p>(siga P15)</p>	<p>P15. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer peixe? <b>P015</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(siga P16)</p>
<p>P16. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar suco de frutas natural? <b>P016</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(Se P16=0, passe ao P18. Se P16&gt;0, siga P17.)</p>	<p>P17. Em geral, quantos copos por dia o(a) sr(a) toma de suco de frutas natural? (Leia as opções de resposta) <b>P017</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. 1 copo <input type="checkbox"/> 3. 3 copos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 2 copos</p> <p>(siga P18)</p>
<p>P18. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas? <b>P018</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(Se P18=0, passe ao P20. Se P18&gt;0, siga P19.)</p>	<p>P19. Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come frutas? (Leia as opções de resposta) <b>P019</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. 1 vez por dia <input type="checkbox"/> 3. 3 vezes ou mais por dia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 2 vezes por dia</p> <p>(siga P20)</p>
<p>P20. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante (ou suco artificial)? <b>P020</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(Se P20=0, passe ao P23. Se P20&gt;0, siga P21.)</p>	<p>P21. Que tipo de refrigerante ou suco artificial o(a) sr(a) costuma tomar? (Leia as opções de resposta) <b>P021</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 3. Ambos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Diet/Light/Zero</p> <p>(siga P22)</p>
<p>P22. Em geral, quantos copos de refrigerante ou suco artificial o(a) sr(a) costuma tomar por dia? (Leia as opções de resposta) <b>P022</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. 1 copo <input type="checkbox"/> 3. 3 copos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 2 copos</p> <p>(siga P23)</p>	<p>P23. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja) <b>P023</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(Se P23=0, passe ao P25. Se P23&gt;0, siga P24.)</p>
<p>P24. Quando o(a) sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar? (Leia as opções de resposta) <b>P024</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Integral <input type="checkbox"/> 3. Os dois tipos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Desnatado ou semidesnatado</p> <p>(siga P25)</p>	<p>P25. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) come alimentos doces, tais como pedaços de bolo ou torta, doces, chocolates, balas, biscoitos ou bolachas doces? <b>P025</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(siga P26)</p>
<p>P26. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) substitui a refeição do almoço ou jantar por sanduíches, salgados ou pizzas? <b>P026</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(siga P26a)</p>	<p>P26a. Considerando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados, o(a) Sr(a) acha que o seu consumo de sal é: (Leia as opções de resposta) <b>P02601</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Muito alto <input type="checkbox"/> 4. Baixo</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Alto <input type="checkbox"/> 5. Muito baixo</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Adequado</p> <p>(siga P27)</p>

Agora vou lhe perguntar sobre o consumo de bebidas alcoólicas.

<p>P27. Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica? (Leia as opções de resposta) <b>P027</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não bebo nunca <input type="checkbox"/> 3. Uma vez ou mais por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menos de uma vez por mês</p> <p>(Se P27 = 1 ou 2, passe ao P34. Se P27 = 3, siga P28.)</p>	<p>P28. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica? <b>P028</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana</p> <p>(siga P29)</p>
<p>P29. Em geral, no dia que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) sr(a) consome? (1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) <b>P029</b></p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Doses</p> <p>(Se O1 = 2 e O2 = 2, passe ao P31. Caso contrário, siga P30.)</p>	<p>P30. Em algum destes dias em que consumiu bebida alcoólica, o(a) sr(a) dirigiu logo depois de beber? <b>P030</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga P31)</p>

<p>P31. Quantos anos o(a) sr(a) tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas?</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <b>P031</b> Anos         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga P32)</p>	<p>P32. Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (se homem) OU Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (se mulher)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         </div> <div style="text-align: center; flex-grow: 1;"> <b>P032</b> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se P32 = 2, passe ao P34. Se P32 = 1, siga ao P33.)</p>
<p>P33. Em quantos dias do mês isto ocorreu?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. 1 dia         </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. 2 dias         </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 3. 3 dias         </div> <div style="text-align: center; flex-grow: 1;"> <b>P033</b> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 4. 4 dias         </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 5. 5 dias         </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 6. 6 dias         </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 7. 7 ou mais         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga P34)</p>	

Agora vou lhe perguntar sobre prática de atividade física.

<p>P34. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? <i>(não considere fisioterapia)</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         </div> <div style="text-align: center; flex-grow: 1;"> <b>P034</b> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se P34 = 2, passe ao P38. Se P34 = 1, siga ao P35.)</p>	<p>P35. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <b>P035</b> Dias         </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana     </div> <p style="text-align: center;">(Se P35=0, passe ao P38. Se P35&gt;0, siga P36.)</p>
<p>P36. Qual o exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) pratica com mais frequência? <b>Entrevistador:</b> Anotar apenas o primeiro citado</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 01. Caminhada (não vale para o trabalho)  <input type="checkbox"/> 02. Caminhada em esteira  <input type="checkbox"/> 03. Corrida/cooper  <input type="checkbox"/> 04. Corrida em esteira  <input type="checkbox"/> 05. Musculação         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 06. Ginástica aeróbica/spinning/step/jump  <input type="checkbox"/> 07. Hidroginástica  <input type="checkbox"/> 08. Ginástica em geral/localizada/pilates/alongamento/ioga  <input type="checkbox"/> 09. Natação         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 10. Artes marciais e luta  <input type="checkbox"/> 11. Bicicleta/bicicleta ergométrica  <input type="checkbox"/> 12. Futebol  <input type="checkbox"/> 13. Basquetebol         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 14. Voleibol  <input type="checkbox"/> 15. Tênis  <input type="checkbox"/> 16. Dança (com o objetivo de praticar atividade física)  <input type="checkbox"/> 17. Outro (Especifique: _____)         </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; display: inline-block;"></div> <div style="text-align: center; margin-top: -10px;"> <b>P03601</b> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga P37)</p>	
<p>P37. Em geral, no dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?</p> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <b>P03701</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div>             Horas         </div> <div style="text-align: center;"> <b>P03702</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div>             Minutos         </div> </div>	

As questões P38 a P41 são dirigidas às pessoas ocupadas.  
(Se E11 = 1, 2 ou 3, siga P38. Se E11 não tiver sido preenchido, passe ao P42.)

<p>P38. No seu trabalho, o(a) sr(a) anda bastante a pé?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         </div> <div style="text-align: center; flex-grow: 1;"> <b>P038</b> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga P39)</p>	<p>P39. No seu trabalho, o(a) sr(a) faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade pesada que requer esforço físico intenso?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         </div> <div style="text-align: center; flex-grow: 1;"> <b>P039</b> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se P39 = 1, siga P39a. Se P39 = 2, passe ao P40.)</p>	<p>P39a. Em uma semana normal, em quantos dias o(a) sr(a) faz essas atividades no seu trabalho?</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <b>P03901</b> Número de dias         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga P39b)</p>	<p>P39b. Quanto tempo o(a) sr(a) passa realizando atividades físicas em um dia normal de trabalho?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>P03902</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div>             Horas         </div> <div style="text-align: center;"> <b>P03903</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div>             Minutos         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga P40)</p>
<p>P40. Para ir ou voltar do trabalho, o(a) sr(a) faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim, todo o trajeto         </div> <div style="text-align: center; flex-grow: 1;"> <b>P040</b> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Sim, parte do trajeto         </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> 3. Não     </div> <p style="text-align: center;">(Se P40 = 3, passe ao P42. Se P40 = 1 ou 2, siga P41.)</p>	<p>P41. Quanto tempo o(a) sr(a) gasta, por dia, para percorrer este trajeto a pé ou de bicicleta, considerando a <u>ida e a volta</u> do trabalho?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>P04101</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div>             Horas         </div> <div style="text-align: center;"> <b>P04102</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div>             Minutos         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga P42)</p>	<p>P42. Nas suas atividades habituais (tais como ir a algum curso, escola ou clube ou levar alguém a algum curso, escola ou clube), quantos dias por semana o(a) sr(a) faz alguma atividade que envolva deslocamento a pé ou bicicleta?</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <b>P042</b> Dias         </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> 0. Nunca ou menos de uma vez por semana     </div> <p style="text-align: center;">(Se P42 = 0, passe ao P44. Se P42&gt;0, siga P43.)</p>	<p>P43. No dia em que o(a) sr(a) faz esta atividade, quanto tempo o(a) sr(a) gasta no deslocamento a pé ou de bicicleta, considerando a <u>ida e a volta</u>?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>P04301</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div>             Horas         </div> <div style="text-align: center;"> <b>P04302</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div>             Minutos         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga P44)</p>
<p>P44. Nas suas atividades domésticas, o(a) sr(a) faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade pesada que requer esforço físico intenso?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         </div> <div style="text-align: center; flex-grow: 1;"> <b>P044</b> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se P44=1, siga P44a. Se P44=2, passe ao P45.)</p>	<p>P44a. Em uma semana normal, nas suas atividades domésticas, em quantos dias o(a) sr(a) faz faxina pesada ou realiza atividades que requerem esforço físico intenso?</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <b>P04401</b> Número de dias         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga P44b)</p>	<p>P44b. Quanto tempo gasta, por dia, realizando essas atividades domésticas pesadas?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>P04403</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div>             Horas         </div> <div style="text-align: center;"> <b>P04404</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div>             Minutos         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga P45)</p>	

<p>P45. Em média, quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma ficar assistindo televisão?(leia as opções de resposta)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 hora</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><b>P045</b></td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 4. Entre 3 horas e menos de 4 horas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Entre 1 horas e menos de 2 horas</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Entre 4 horas e menos de 5 horas</td> <td><input type="checkbox"/> 7. 6 horas ou mais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Entre 2 horas e menos de 3 horas</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Entre 5 horas e menos de 6 horas</td> <td><input type="checkbox"/> 8. Não assiste televisão</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga P46)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 hora	<b>P045</b>	<input type="checkbox"/> 4. Entre 3 horas e menos de 4 horas	<input type="checkbox"/> 2. Entre 1 horas e menos de 2 horas	<input type="checkbox"/> 5. Entre 4 horas e menos de 5 horas	<input type="checkbox"/> 7. 6 horas ou mais	<input type="checkbox"/> 3. Entre 2 horas e menos de 3 horas	<input type="checkbox"/> 6. Entre 5 horas e menos de 6 horas	<input type="checkbox"/> 8. Não assiste televisão	<p>P46. Perto do seu domicílio, existe algum lugar público (praça, parque, rua fechada, praia) para fazer caminhada, realizar exercício ou praticar esporte?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <b>P046</b> <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga P47)</p>
<input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 hora	<b>P045</b>	<input type="checkbox"/> 4. Entre 3 horas e menos de 4 horas								
<input type="checkbox"/> 2. Entre 1 horas e menos de 2 horas	<input type="checkbox"/> 5. Entre 4 horas e menos de 5 horas	<input type="checkbox"/> 7. 6 horas ou mais								
<input type="checkbox"/> 3. Entre 2 horas e menos de 3 horas	<input type="checkbox"/> 6. Entre 5 horas e menos de 6 horas	<input type="checkbox"/> 8. Não assiste televisão								

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

<p>P47. O(A) sr(a) conhece algum programa público no seu município de estímulo à prática de atividade física?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <b>P047</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se P47 = 2, passe ao P50. Se P47 = 1, siga P48.)</p>	<p>P48. O(A) sr(a) participa desse programa? <b>P048</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se P48 = 2, siga P49. Se P48 = 1, passe ao P50.)</p>	<p>P49. Qual o principal motivo de não participar?(Leia as opções de resposta)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1. Não é perto do meu domicílio <b>P049</b></td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 5. Foi impedido de participar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Não tenho tempo</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Problemas de saúde ou incapacidade física</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Não tenho interesse nas atividades oferecidas</td> <td><input type="checkbox"/> 7. Outro (Especifique: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. O espaço não é seguro/iluminado</td> <td style="text-align: center;"><b>P04901</b></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga P50)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Não é perto do meu domicílio <b>P049</b>	<input type="checkbox"/> 5. Foi impedido de participar	<input type="checkbox"/> 2. Não tenho tempo	<input type="checkbox"/> 6. Problemas de saúde ou incapacidade física	<input type="checkbox"/> 3. Não tenho interesse nas atividades oferecidas	<input type="checkbox"/> 7. Outro (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> 4. O espaço não é seguro/iluminado	<b>P04901</b>
<input type="checkbox"/> 1. Não é perto do meu domicílio <b>P049</b>	<input type="checkbox"/> 5. Foi impedido de participar									
<input type="checkbox"/> 2. Não tenho tempo	<input type="checkbox"/> 6. Problemas de saúde ou incapacidade física									
<input type="checkbox"/> 3. Não tenho interesse nas atividades oferecidas	<input type="checkbox"/> 7. Outro (Especifique: _____)									
<input type="checkbox"/> 4. O espaço não é seguro/iluminado	<b>P04901</b>									

Agora vou lhe perguntar sobre fumo de cigarros ou de outros produtos do tabaco que são fumados tais como charuto, cigarrilha, cachimbo, cigarros de cravo (ou de Bali) e narguilé (ou cachimbos d'água). Por favor, não responda sobre produtos de tabaco que não fazem fumaça como rapé e fumo para mascar. Não considere, também, cigarros de maconha.

<p>P50. Atualmente, o(a) sr(a) fuma algum produto do tabaco? <b>P050</b> (Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, diariamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, menos que diariamente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não fumo atualmente</p> <p style="text-align: center;">(Se P50 = 1, passe ao P53. Se P50 = 2, siga P51. Se P50 = 3, passe ao P52.)</p>	<p>P51. E no passado, o(a) sr(a) fumou algum produto do tabaco diariamente? <b>P051</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se P51 = 1, passe ao P53. Se P51 = 2, passe ao P54.)</p>	<p>P52. E no passado, o(a) sr(a) fumou algum produto do tabaco? <b>P052</b> (Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, diariamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, menos que diariamente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nunca fumei</p> <p style="text-align: center;">((Se P52 = 1, siga P53. Se P52 = 2, passe ao P58. Se P52 = 3, passe ao P67.)</p>	<p>P53. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar cigarro diariamente? <b>P053</b></p> <p style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> Anos     </p> <p style="text-align: center;">(Se P52 = 1, passe ao P58. Caso contrário, siga P54.)</p>
---	--	--	---

<p>P54. Em média, quantos dos seguintes produtos o(a) sr(a) fuma por dia ou por semana atualmente?(Leia as opções de resposta)</p>																					
<p>a. Cigarros industrializados? <b>P05401</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><b>P05402</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana</td> <td style="text-align: center;"><b>P05403</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga P54b)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia	<b>P05402</b>	<input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana	<b>P05403</b>	<input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana		<input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês		<input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto		<p>b. Cigarros de palha ou enrolados a mão? <b>P05404</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><b>P05405</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana</td> <td style="text-align: center;"><b>P05406</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga P54c)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia	<b>P05405</b>	<input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana	<b>P05406</b>	<input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana		<input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês		<input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto	
<input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia	<b>P05402</b>																				
<input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana	<b>P05403</b>																				
<input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana																					
<input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês																					
<input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto																					
<input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia	<b>P05405</b>																				
<input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana	<b>P05406</b>																				
<input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana																					
<input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês																					
<input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto																					
<p>c. Cigarros de cravo ou de Bali? <b>P05407</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><b>P05408</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana</td> <td style="text-align: center;"><b>P05409</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga P54d)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia	<b>P05408</b>	<input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana	<b>P05409</b>	<input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana		<input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês		<input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto		<p>d. Cachimbos (considere cachimbos cheios)? <b>P05410</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><b>P05411</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana</td> <td style="text-align: center;"><b>P05412</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga P54e)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia	<b>P05411</b>	<input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana	<b>P05412</b>	<input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana		<input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês		<input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto	
<input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia	<b>P05408</b>																				
<input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana	<b>P05409</b>																				
<input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana																					
<input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês																					
<input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto																					
<input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia	<b>P05411</b>																				
<input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana	<b>P05412</b>																				
<input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana																					
<input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês																					
<input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto																					



<p>e. Charutos ou cigarilhas? <span style="float: right;"><b>P05413</b></span></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia <span style="float: right;"><b>P05414</b> Quantos por dia</span></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana <span style="float: right;"><b>P05415</b> Quantos por semana</span></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</p> <p style="text-align: right;">(siga P54f)</p>	<p>f. Narguilé (sessões)? <span style="float: right;"><b>P05416</b></span></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia <span style="float: right;"><b>P05417</b> Quantos por dia</span></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana <span style="float: right;"><b>P05418</b> Quantos por semana</span></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</p> <p style="text-align: right;">(siga P54g)</p>
<p>g. Outro? (Especifique <span style="float: right;"><b>P05420</b></span>) <span style="float: right;"><b>P05419</b></span></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia <span style="float: right;"><b>P05421</b> Quantos por dia</span></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana <span style="float: right;"><b>P05422</b> Quantos por semana</span></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não fuma este produto</p> <p style="text-align: center;">(Se P50=1, siga P55. Se P50=2 e P54a ≠5, passe ao P56. Se P50 =2 e P54a=5, passe ao P60.)</p>	

P55. Quanto tempo depois de acordar o(a) sr(a) normalmente fuma pela primeira vez?(leia as opções de resposta) **P055**

☐ 1. Até 5 minutos ☐ 3. De 31 a 60 minutos

☐ 2. De 6 a 30 minutos ☐ 4. Mais de 60 minutos

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

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

<p>P56. A última vez em que o(a) sr(a) comprou cigarros para uso próprio, quantos cigarros comprou? <span style="float: right;"><b>P056</b></span></p> <p><b>Entrevistador:</b> Registre a quantidade e, quando necessário, registre os detalhes da unidade.</p> <table style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">UNIDADE</th> <th style="width: 30%;">QUANTIDADE</th> <th style="width: 40%;">DETALHE DA UNIDADE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Cigarros</td> <td><b>P05601</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Maços</td> <td><b>P05602</b></td> <td><b>P05603</b> Quantos cigarros havia em cada maço</td> </tr> <tr> <td>3. Pacotes</td> <td><b>P05604</b></td> <td><b>P05605</b> Quantos maços havia em cada pacote</td> </tr> <tr> <td>4. Nunca comprei cigarros para uso próprio</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">(Se P56=1, 2 ou 3, siga P57. Se P56=4, passe ao P60.)</p>	UNIDADE	QUANTIDADE	DETALHE DA UNIDADE	1. Cigarros	<b>P05601</b>		2. Maços	<b>P05602</b>	<b>P05603</b> Quantos cigarros havia em cada maço	3. Pacotes	<b>P05604</b>	<b>P05605</b> Quantos maços havia em cada pacote	4. Nunca comprei cigarros para uso próprio			<p>P57. No total, quanto o(a) sr(a) pagou por essa compra?</p> <p>R\$ <span style="float: right;"><b>P057</b></span></p> <p style="text-align: right;">(passe ao P60)</p>
UNIDADE	QUANTIDADE	DETALHE DA UNIDADE														
1. Cigarros	<b>P05601</b>															
2. Maços	<b>P05602</b>	<b>P05603</b> Quantos cigarros havia em cada maço														
3. Pacotes	<b>P05604</b>	<b>P05605</b> Quantos maços havia em cada pacote														
4. Nunca comprei cigarros para uso próprio																
<p>P58. Em média, quantos cigarros industrializados o(a) sr(a) fumava por dia ou por semana? <span style="float: right;"><b>P058</b></span></p> <p>(Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Um ou mais por dia <span style="float: right;"><b>P05801</b> Quantos por dia</span></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um ou mais por semana <span style="float: right;"><b>P05802</b> Quantos por semana</span></p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Menos do que um por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não fumava este produto</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Não sabe</p> <p style="text-align: right;">(siga P59)</p>	<p>P59. Há quanto tempo o(a) sr(a) parou de fumar?</p> <p><b>P05901 P05902 P05903 P05904</b></p> <p style="text-align: center;">Anos   Meses   Semanas   Dias</p> <p style="text-align: right;">(Se há menos de 1 ano, passe ao P61. Se há 1 ano ou mais, passe ao P67.)</p>															

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

<p>P60. Durante os últimos 12 meses, o(a) sr(a) tentou parar de fumar? <span style="float: right;"><b>P060</b></span></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 2. Não</span></p> <p style="text-align: right;">(Se P60 = 2, passe ao P67. Se P60 = 1, siga P61.)</p>	<p>P61. Quando o(a) sr(a) tentou parar de fumar, procurou tratamento com profissional de saúde? <span style="float: right;"><b>P061</b></span></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 2. Não</span></p> <p style="text-align: right;">(Se P61= 2, passe ao P67. Se P61 = 1, siga P62.)</p>	<p>P62. O(A) sr(a) conseguiu o tratamento com profissional de saúde? <span style="float: right;"><b>P062</b></span></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 2. Não</span></p> <p style="text-align: right;">(Se P62 = 1, passe ao P64. Se P62 = 2, siga P63.)</p>												
<p>P63. Por que o(a) sr(a) não conseguiu tratamento? <span style="float: right;"><b>P063</b></span></p> <table style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas ainda não foi realizada</td> <td><input type="checkbox"/> 04. Não sabia quem procurar ou aonde ir</td> <td><input type="checkbox"/> 07. O serviço de saúde era muito distante</td> <td><input type="checkbox"/> 09. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 02. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande</td> <td><input type="checkbox"/> 05. Estava com dificuldades financeiras</td> <td><input type="checkbox"/> 08. Teve dificuldades de transporte</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 03. Não conseguiu marcar</td> <td><input type="checkbox"/> 06. O plano de saúde não cobria o tratamento</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 10. Outro (Especifique: _____)</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">(passe ao P67)</p> <p style="text-align: right;"><b>P06301</b></p>			<input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas ainda não foi realizada	<input type="checkbox"/> 04. Não sabia quem procurar ou aonde ir	<input type="checkbox"/> 07. O serviço de saúde era muito distante	<input type="checkbox"/> 09. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas	<input type="checkbox"/> 02. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande	<input type="checkbox"/> 05. Estava com dificuldades financeiras	<input type="checkbox"/> 08. Teve dificuldades de transporte		<input type="checkbox"/> 03. Não conseguiu marcar	<input type="checkbox"/> 06. O plano de saúde não cobria o tratamento		<input type="checkbox"/> 10. Outro (Especifique: _____)
<input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas ainda não foi realizada	<input type="checkbox"/> 04. Não sabia quem procurar ou aonde ir	<input type="checkbox"/> 07. O serviço de saúde era muito distante	<input type="checkbox"/> 09. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas											
<input type="checkbox"/> 02. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande	<input type="checkbox"/> 05. Estava com dificuldades financeiras	<input type="checkbox"/> 08. Teve dificuldades de transporte												
<input type="checkbox"/> 03. Não conseguiu marcar	<input type="checkbox"/> 06. O plano de saúde não cobria o tratamento		<input type="checkbox"/> 10. Outro (Especifique: _____)											



<p>P64. O tratamento foi coberto por algum plano de saúde? <b>P064</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga P65)</p>	<p>P65. O(A) sr(a) pagou algum valor por esse tratamento? <b>P065</b></p> <p><i>(Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou mas teve reembolso total, marque a opção 2)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga P66)</p>	<p>P66. O tratamento foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)? <b>P066</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p style="text-align: center;">(siga P67)</p>
---	--	---

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

<p>P67. Atualmente, o(a) sr(a) masca fumo, usa rapé ou usa algum produto do tabaco que não faz fumaça?(leia as opções de resposta) <b>P067</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, diariamente <input type="checkbox"/> 2. Sim, menos que diariamente <input type="checkbox"/> 3. Não usa</p> <p style="text-align: center;">(siga P68)</p>
---

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

<p>P68. Com que frequência alguém fuma dentro do seu domicílio?(Leia as opções de resposta) <b>P068</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Diariamente <input type="checkbox"/> 2. Semanalmente <input type="checkbox"/> 3. Mensalmente <input type="checkbox"/> 4. Menos que mensalmente <input type="checkbox"/> 5. Nunca</p> <p style="text-align: center;">(siga P69)</p>
---

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

<p>P69. Nos últimos 30 dias, o(a) sr(a) viu alguma propaganda ou anúncio de cigarros nos pontos de venda de cigarros? <b>P069</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não lembra</p> <p style="text-align: center;">(siga P70)</p>
---

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

<p>P70. Nos últimos 30 dias, o(a) sr(a) viu ou ouviu informações sobre os riscos de fumar cigarros ou que estimulem a parar de fumar nos seguintes meios de comunicação? (Leia as opções de resposta)</p>		
<p>a. Nos jornais ou revistas? <b>P07001</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p style="text-align: center;">(siga P70b)</p>	<p>b. Na televisão? <b>P07002</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p style="text-align: center;">(siga P70c)</p>	<p>c. No rádio? <b>P07003</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p style="text-align: center;">(siga P71)</p>
<p>P71. Nos últimos 30 dias, viu alguma foto ou advertência sobre os riscos de fumar nos maços de cigarros? <b>P071</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não vi nenhum maço de cigarros</p> <p style="text-align: center;">(Se P71 = 2 ou 3, passe ao Módulo Q.) (Se P71 = 1 e P50 = 1 ou 2, siga P72. Se P71 = 1 e P50 = 3, passe ao Módulo Q.)</p>	<p>P72. Nos últimos 30 dias, as advertências nos maços de cigarro levaram o(a) sr(a) a pensar em parar de fumar? <b>P072</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Encerre o módulo. Passe ao Módulo Q.)</p>	

## Módulo Q. Doenças crônicas

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

<p>Q1. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) teve sua pressão arterial medida?(Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 5. 3 anos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos <input type="checkbox"/> 6. Nunca</p> <p style="text-align: center;">(Se Q1=1 a 5, siga Q2. Se Q1=6, passe ao Q29.)</p>	<p>Q2. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <b>Q002</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Apenas durante a gravidez (só para mulheres)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se Q2=1, siga Q3. Se Q2=2 ou 3, passe ao Q29.)</p>	<p>Q3. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?</p> <p><b>Q003</b> <input type="text"/> <input type="text"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p style="text-align: center;">Anos</p> <p style="text-align: center;">(siga Q4)</p>
<p>Q4. O(A) sr(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão arterial (pressão alta)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <b>Q004</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, só quando tem algum problema</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Nunca vai</p> <p style="text-align: center;">(Se Q4 = 2 ou 3, siga Q5. Se Q4 = 1, passe ao Q6.)</p>	<p>Q5. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão arterial (pressão alta)? <b>Q005</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. O serviço de saúde é muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 2. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Tem dificuldades financeiras</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não acha necessário</p> <p><input type="checkbox"/> 5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 6. O plano de saúde não cobre as consultas</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Não sabe quem procurar ou aonde ir</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Dificuldade de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: <b>Q00501</b> _____)</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q6)</p>	

<p>Q6. Nas duas últimas semanas, o(a) sr(a) tomou medicamentos por causa da hipertensão arterial (pressão alta)? <b>Q006</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q6=1, siga Q7 Se Q6=2, passe ao Q11.)</p>	<p>Q7. Algum dos medicamentos para hipertensão arterial foi coberto por plano de saúde? (Leia as opções de resposta) <b>Q007</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(Se Q7 = 1, passe a Q10. Se Q7 = 2 ou 3, siga Q8.)</p>	<p>Q8. Algum dos medicamentos para hipertensão arterial foi obtido no programa farmácia popular (PFP)? (Leia as opções de resposta) <b>Q008</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(Se Q8 = 1, passe a Q10. Se Q8 = 2 ou 3, siga Q9.)</p>	<p>Q9. Algum dos medicamentos para hipertensão arterial foi obtido em serviço público de saúde? (Leia as opções de resposta) <b>Q009</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(siga Q10)</p>
<p>Q10. O(A) sr(a) pagou algum valor pelos medicamentos? <b>Q010</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q11)</p>	<p>Q11. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) recebeu assistência médica por causa da hipertensão arterial? (Leia as opções de resposta) <b>Q011</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca recebeu</p> <p>(Se Q11 = 1 a 5, siga Q12. Se Q11 = 6, passe ao Q28.)</p>		
<p>Q12. Na última vez que recebeu assistência médica para hipertensão arterial, onde o(a) sr(a) foi atendido? <b>Q012</b></p> <p><input type="checkbox"/> 01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica</p> <p><input type="checkbox"/> 03. UPA (Unidade de pronto Atendimento)</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Pronto-socorro ou emergência de hospital público</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Hospital público/ambulatório</p> <p><input type="checkbox"/> 07. Consultório particular ou clínica privada</p> <p><input type="checkbox"/> 08. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato</p> <p><input type="checkbox"/> 09. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado</p> <p><input type="checkbox"/> 10. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família</p> <p><input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Outro (Especifique: <b>Q01201</b>)</p> <p>(siga Q13)</p>			<p>Q13. Esse atendimento foi coberto por algum plano de saúde? <b>Q013</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q14)</p>
<p>Q14. O(A) sr(a) pagou algum valor por este atendimento? <b>Q014</b></p> <p>(Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou mas teve reembolso total, marque a opção 2)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q15)</p>	<p>Q15. Esse atendimento foi feito pelo SUS? <b>Q015</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p>(siga Q16)</p>	<p>Q16. Na última consulta, o médico que o(a) atendeu era o mesmo das consultas anteriores? <b>Q016</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q17)</p>	<p>Q17. Na última consulta, o médico viu os exames das consultas passadas? <b>Q017</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, pois não tinha realizado exames</p> <p>(siga Q18)</p>
<p>Q18. Em algum dos atendimentos para hipertensão, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações? (Leia as opções de resposta)</p> <p>a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais) <b>Q01801</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18b)</p> <p>b. Manter o peso adequado <b>Q01802</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18c)</p> <p>c. Ingerir menos sal <b>Q01803</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18d)</p> <p>d. Praticar atividade física regular <b>Q01804</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18e)</p> <p>e. Não fumar <b>Q01805</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18f)</p> <p>f. Não beber em excesso <b>Q01806</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18g)</p> <p>g. Fazer o acompanhamento regular <b>Q01807</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q18h)</p> <p>h. Outro (Especifique: <b>Q01808</b>)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><b>Q01809</b></p> <p>(siga Q19)</p>		<p>Q19. Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial foi pedido algum exame? (Leia as opções de resposta)</p> <p>a. Exame de sangue (colesterol, glicemia, triglicerídeos) <b>Q01901</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q19b)</p> <p>b. Exame de urina <b>Q01902</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q19c)</p> <p>c. Eletrocardiograma <b>Q01903</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q19d)</p> <p>d. Teste de esforço <b>Q01904</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q19e)</p> <p>e. Outro (Especifique: <b>Q01905</b>)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><b>Q01906</b></p> <p>(Se todos os itens forem = 2, passe ao Q22. Caso contrário, siga Q20.)</p>	
<p>Q20. O(A) sr(a) fez todos os exames solicitados? <b>Q020</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q20 = 1, passe ao Q22. Se Q20 = 2, siga ao Q21.)</p>	<p>Q21. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter feito todos os exames solicitados? <b>Q021</b></p> <p><input type="checkbox"/> 01. O exame está marcado, mas ainda não fez</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Não achou necessário</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Não conseguiu marcar</p> <p><input type="checkbox"/> 04. O tempo de espera no laboratório ou serviço de saúde era muito grande</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Estava com dificuldades financeiras</p> <p><input type="checkbox"/> 06. O laboratório ou serviço de saúde era muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 07. O horário de funcionamento do laboratório ou serviço de saúde era incompatível com as suas atividades de trabalho ou domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> 08. O plano de saúde não cobria todos os exames solicitados</p> <p><input type="checkbox"/> 09. Não sabia onde realizar os exames</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Dificuldade de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: <b>Q02101</b>)</p> <p>(siga Q22)</p>		

<p>Q22. Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial, houve encaminhamento para alguma consulta com médico especialista, tais como cardiologista ou nefrologista? <b>Q022</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 3. Não houve encaminhamento, pois todas as consultas para hipertensão foram com médico especialista         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se Q22 = 1, siga Q23. Se Q22 = 2 ou 3, passe ao Q26.)</p>		<p>Q23. O(A) sr(a) foi a todas as consultas com o médico especialista? <b>Q023</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se Q23 = 1, passe ao Q26. Se Q23 = 2, siga Q24.)</p>	
<p>Q24. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter ido a todas as consultas com o médico especialista? <b>Q024</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas a consulta ainda não foi realizada  <input type="checkbox"/> 02. Não achou necessário  <input type="checkbox"/> 03. Não sabia quem procurar ou aonde ir  <input type="checkbox"/> 04. Estava com dificuldades financeiras  <input type="checkbox"/> 05. Teve dificuldades de transporte  <input type="checkbox"/> 06. Não conseguiu marcar         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande  <input type="checkbox"/> 08. O plano de saúde não cobria a consulta  <input type="checkbox"/> 09. O serviço de saúde era muito distante  <input type="checkbox"/> 10. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas  <input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: <b>Q02401</b>)         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q26)</p>		<p>Q26. Alguma vez o(a) sr(a) se internou por causa da hipertensão ou de alguma complicação? <b>Q026</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se Q26=1, siga Q27. Se Q26=2, passe ao Q28.)</p>	
<p>Q27. Há quanto tempo foi a última internação por causa da hipertensão ou de alguma complicação? (Leia as opções de resposta) <b>Q027</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses  <input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano  <input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos  <input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos  <input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q28)</p>		<p>Q28. Em geral, em que grau a hipertensão ou alguma complicação da hipertensão limita as suas atividades habituais (<i>como trabalhar, estudar, realizar afazeres domésticos, etc</i>)? (Leia as opções de resposta) <b>Q028</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Não limita  <input type="checkbox"/> 2. Um pouco  <input type="checkbox"/> 3. Moderadamente  <input type="checkbox"/> 4. Intensamente  <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q29)</p>	
<p>Q29. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) fez exame de sangue para medir a glicemia, isto é, o açúcar no sangue? (Leia as opções de resposta) <b>Q029</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses  <input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano  <input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos  <input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos  <input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais  <input type="checkbox"/> 6. Nunca fez         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se Q29=1 a 5, siga Q30. Se Q29=6, passe ao Q59.)</p>		<p>Q30. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes? <b>Q030</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Apenas durante a gravidez (<i>só para mulheres</i>)  <input type="checkbox"/> 3. Não         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se Q30=1, siga Q31. Se Q30=2 ou 3, passe ao Q59.)</p>	
<p>Q31. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de diabetes? <b>Q031</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> Anos         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q32)</p>		<p>Q32. O(A) sr(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes? <b>Q032</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não, só quando tem algum problema  <input type="checkbox"/> 3. Nunca vai         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se Q32=1, passe ao Q34. Se Q32=2 ou 3, siga Q33.)</p>	
<p>Q33. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes? <b>Q033</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 1. O serviço de saúde é muito distante  <input type="checkbox"/> 2. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande  <input type="checkbox"/> 3. Tem dificuldades financeiras         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 4. Não acha necessário  <input type="checkbox"/> 5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas  <input type="checkbox"/> 6. O plano de saúde não cobre as consultas         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 7. Não sabe quem procurar ou aonde ir  <input type="checkbox"/> 8. Dificuldade de transporte  <input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: <b>Q03301</b>)         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q34)</p>			
<p>Q34. Nas duas últimas semanas, por causa do diabetes, o(a) sr(a):</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>a. Tomou medicamentos orais para baixar o açúcar? <b>Q03401</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q34b)</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>b. Usou insulina? <b>Q03402</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se Q34a=1 ou Q34b=1, siga Q35. Se Q34a=2 e Q34b=2, passe ao Q39.)</p> </div> </div>			
<p>Q35. Algum dos medicamentos ou insulina para diabetes foi coberto por plano de saúde? (Leia as opções de resposta) <b>Q035</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim, todos  <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns  <input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se Q35=1, passe ao Q38. Se Q35=2 ou 3, siga Q36.)</p>		<p>Q36. Algum dos medicamentos para diabetes ou insulina foi obtido no Programa de Farmácia Popular (FPF)? (Leia as opções de resposta) <b>Q036</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim, todos  <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns  <input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se Q36=1, passe ao Q38. Se Q36=2 ou 3, siga Q37.)</p>	
<p>Q37. Algum dos medicamentos para diabetes ou insulina foi obtido em serviço público de saúde? (Leia as opções de resposta) <b>Q037</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim, todos  <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns  <input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q38)</p>		<p>Q38. O(A) sr(a) pagou algum valor pelos medicamentos para diabetes ou insulina? <b>Q038</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 3. Não         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q39)</p>	

<p>Q39. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) recebeu assistência médica por causa do diabetes? <b>Q039</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses  <input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano  <input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos  <input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos  <input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais  <input type="checkbox"/> 6. Nunca recebeu </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <p>(Se Q39=1 ao 5, siga Q40. Se Q39=6, passe ao Q58.)</p> </div> </div>	<p>Q40. Na última vez que recebeu assistência médica para diabetes, onde o(a) sr(a) foi atendido? <b>Q040</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)  <input type="checkbox"/> 02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica  <input type="checkbox"/> 03. UPA (Unidade de pronto Atendimento)  <input type="checkbox"/> 04. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)  <input type="checkbox"/> 05. Pronto-socorro ou emergência de hospital público  <input type="checkbox"/> 06. Hospital público/ambulatório  <input type="checkbox"/> 07. Consultório particular ou clínica privada </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 08. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato  <input type="checkbox"/> 09. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado  <input type="checkbox"/> 10. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família  <input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular  <input type="checkbox"/> 12. Outro (Especifique: <b>Q04001</b>) </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga Q41)</p>
<p>Q41. Esse atendimento foi coberto por algum plano de saúde? <b>Q041</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <p>(siga Q42)</p> </div> </div>	<p>Q42. O(A) sr(a) pagou algum valor por esse atendimento? <b>Q042</b>  <i>(Entrevistador: Se o(a) entrevistado (a) responder que pagou mas teve reembolso total, marque a opção 2)</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <p>(siga Q43)</p> </div> </div>
<p>Q43. Esse atendimento foi feito pelo SUS? <b>Q043</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 3. Não sabe </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <p>(siga Q44)</p> </div> </div>	<p>Q44. Na última consulta, o médico que o(a) atendeu era o mesmo das consultas anteriores? <b>Q044</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <p>(siga Q45)</p> </div> </div>
<p>Q45. Na última consulta, o médico viu os exames das consultas passadas? <b>Q045</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 3. Não, pois não tinha realizado exames </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <p>(siga Q46)</p> </div> </div>	<p>Q46. Em algum dos atendimentos para diabetes, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais) <b>Q04601</b></p> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q46b) <p>b. Manter o peso adequado <b>Q04602</b></p> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q46c) <p>c. Praticar atividade física regular <b>Q04603</b></p> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q46d) <p>d. Não fumar <b>Q04604</b></p> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q46e) <p>e. Não beber em excesso <b>Q04605</b></p> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q46f) <p style="text-align: right;">(siga Q47)</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>f. Diminuir o consumo de carboidratos (massas, pães etc.) <b>Q04606</b></p> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q46g) <p>g. Medir a glicemia em casa <b>Q04607</b></p> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q46h) <p>h. Examinar os pés regularmente <b>Q04608</b></p> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q46i) <p>i. Outro (Especifique: <b>Q04609</b>)</p> <p style="text-align: right;"><b>Q04610</b></p> </div> </div>
<p>Q47. Em algum dos atendimentos para diabetes foi pedido algum exame?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>a. Exame de sangue (colesterol, glicemia, triglicerídeos) <b>Q04701</b></p> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q47b) <p>b. Hemoglobina glicada <b>Q04702</b></p> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q47c) <p>c. Curva glicêmica <b>Q04703</b></p> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q47d) <p style="text-align: right;">(Se todos os itens forem = 2, passe ao Q50. Caso contrário, siga Q48.)</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>d. Exame de urina <b>Q04704</b></p> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q47e) <p>e. Outro (Especifique: <b>Q04705</b>)</p> <p style="text-align: right;"><b>Q04706</b></p> </div> </div>	<p>Q48. O(A) sr(a) fez todos os exames solicitados? <b>Q048</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <p>(Se Q48=2, siga Q49. Se Q48=1, passe ao Q50.)</p> </div> </div>
<p>Q49. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter feito todos os exames solicitados? <b>Q049</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 01. O exame está marcado, mas ainda não fez  <input type="checkbox"/> 02. Não achou necessário  <input type="checkbox"/> 03. Não conseguiu marcar  <input type="checkbox"/> 04. O tempo de espera no laboratório ou serviço de saúde era muito grande  <input type="checkbox"/> 05. Estava com dificuldades financeiras  <input type="checkbox"/> 06. O laboratório ou serviço de saúde era muito distante </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 07. O horário de funcionamento do laboratório ou serviço de saúde era incompatível com as suas atividades de trabalho ou domésticas  <input type="checkbox"/> 08. O plano de saúde não cobria todos os exames solicitados  <input type="checkbox"/> 09. Não sabia onde realizar os exames  <input type="checkbox"/> 10. Dificuldade de transporte  <input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: <b>Q04901</b>) </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga Q50)</p>	<p>Q50. Em algum dos atendimentos para diabetes, houve encaminhamento para alguma consulta com médico especialista, tais como cardiologista, endocrinologista, nefrologista ou oftalmologista? <b>Q050</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 3. Não houve encaminhamento, pois todas as consultas para diabetes foram com médico especialista </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <p>(Se Q50=1, siga Q51. Se Q50=2 ou 3, passe ao Q53.)</p> </div> </div>
<p>Q51. O(A) sr(a) foi a todas as consultas com médico especialista? <b>Q051</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <p>(Se Q51=2, siga Q52. Se Q51=1, passe ao Q53.)</p> </div> </div>	<p>Q52. O(A) sr(a) tem diabetes? <b>Q052</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <p>(Se Q52=1, siga Q53. Se Q52=2, passe ao Q54.)</p> </div> </div>

<p>Q52. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter ido a todas as consultas com o médico especialista? <b>Q052</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <p><input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas a consulta ainda não foi realizada</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Não achou necessário</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Não sabia quem procurar ou aonde ir</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Estava com dificuldades financeiras</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Teve dificuldades de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Não conseguiu marcar</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p><input type="checkbox"/> 07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande</p> <p><input type="checkbox"/> 08. O plano de saúde não cobria a consulta</p> <p><input type="checkbox"/> 09. O serviço de saúde era muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 10. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: <b>Q05201</b>)</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q53)</p>			
<p>Q53. Quando foi a última vez que realizaram um exame de vista ou fundo de olho em que dilataram sua pupila?(Leia as opções de resposta) <b>Q053</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca fez</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q54)</p>		<p>Q54. Quando foi a última vez que um médico ou profissional de saúde examinou seus pés para verificar sensibilidade ou presença de feridas ou irritações?(Leia as opções de resposta) <b>Q054</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca teve os pés examinados</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q55)</p>	
<p>Q55. O(A) sr(a) tem ou teve alguma destas complicações por causa do diabetes?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <p>a. Problemas na vista <b>Q05501</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q55b)</p> <p>b. Infarto <b>Q05502</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q55c)</p> <p>c. AVC (Acidente Vascular cerebral) ou derrame <b>Q05503</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q55d)</p> <p>d. Outro problema circulatório <b>Q05504</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q55e)</p> <p>e. Problema nos rins <b>Q05505</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q55f)</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>f. Úlcera/ferida nos pés <b>Q05506</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q55g)</p> <p>g. Amputação de membros (pés, pernas, mãos ou braços) <b>Q05507</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q55h)</p> <p>h. Coma diabético <b>Q05508</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q55i)</p> <p>i. Outro (Especifique: <b>Q05509</b> <b>Q05510</b>) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q56)</p>			
<p>Q56. Alguma vez o(a) sr(a) se internou por causa do diabetes ou de alguma complicação? <b>Q056</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se Q56=1, siga Q57. Se Q56=2, passe ao Q58.)</p>		<p>Q57. Há quanto tempo foi a última internação por causa do diabetes ou de alguma complicação?(Leia as opções de resposta) <b>Q057</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q58)</p>	
<p>Q59. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) fez exame de sangue para medir o colesterol e triglicérides?(Leia as opções de resposta) <b>Q059</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p><input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Nunca fez</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se Q59=1 ao 5, siga Q60. Se Q59=6, passe ao Q63.)</p>		<p>Q60. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de colesterol alto? <b>Q060</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se Q60=1, siga Q61. Se Q60=2, passe ao Q63.)</p>	
<p>Q62. Algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu algumas das seguintes recomendações por causa do colesterol alto?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <p>a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais) <b>Q06201</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q62b)</p> <p>b. Manter o peso adequado <b>Q06202</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q62c)</p> <p>c. Prática de atividade física <b>Q06203</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q62d)</p> <p>d. Tomar medicamentos <b>Q06204</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q62e)</p> <p>e. Não fumar <b>Q06205</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q62f)</p> <p>f. Fazer acompanhamento regular <b>Q06206</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q63)</p>		<p>Q61. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de colesterol alto? <b>Q061</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano         </div> <p style="text-align: center;">Anos</p> <p style="text-align: center;">(siga Q62)</p>	
<p>Q63. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?(Leia as opções de resposta) <b>Q063</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se Q63= 2, passe ao Q68. Caso contrário, siga para os itens abaixo.)</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <p>a. Infarto <b>Q06301</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q63b)</p> <p>b. Angina <b>Q06302</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q63c)</p> <p>c. Insuficiência cardíaca <b>Q06303</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q63d)</p> <p>d. Outra (Especifique: <b>Q06304</b> <b>Q06305</b>) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se todas = 2, passe ao Q68. Caso contrário, siga Q64.)</p>		<p>Q64. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico da doença do coração? <b>Q064</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano         </div> <p style="text-align: center;">Anos</p> <p style="text-align: center;">(siga Q65)</p>	



<p>Q65. O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da doença do coração? (Leia as opções de resposta)</p> <p>a. Dieta <b>Q06501</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q65b) c. Toma medicamentos <b>Q06503</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q65d)</p> <p>b. Prática de atividade física <b>Q06502</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q65c) d. Outro (Especifique: <b>Q06504</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <b>Q06505</b>) (siga Q66)</p>			
<p>Q66. O(a) sr(a) já fez alguma cirurgia de ponte de safena ou colocação de stent ou angioplastia? <b>Q066</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q67)</p>	<p>Q67. Em geral, em que grau a doença do coração limita as suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.</i>)? <b>Q067</b></p> <p>(Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não limita <input type="checkbox"/> 3. Moderadamente <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco <input type="checkbox"/> 4. Intensamente</p> <p>(siga Q68)</p>		<p>Q68. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de AVC (Acidente Vascular cerebral) ou derrame? <b>Q068</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q68=2, passe ao Q74. Se Q68=1, siga Q69.)</p>
<p>Q69. Quantos derrames (ou AVC) o(a) sr(a) já teve?</p> <p><b>Q069</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Quantos</p> <p>(siga Q70)</p>	<p>Q70. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico do derrame (ou AVC)? <b>Q070</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p>Anos</p> <p>(siga Q71)</p>	<p>Q71. Por causa do derrame (ou AVC), o(a) sr(a) realizou tomografia ou ressonância da cabeça?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <b>Q071</b> <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q72)</p>	
<p>Q72. O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do derrame (ou AVC)? (Leia as opções de resposta)</p> <p>a. Dieta <b>Q07201</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q72b) d. Toma aspirina <b>Q07204</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q72e)</p> <p>b. Fisioterapia <b>Q07202</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q72c) e. Toma outros medicamentos <b>Q07205</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q72f)</p> <p>c. Outras terapias de reabilitação <b>Q07203</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q72d) d. Outro (Especifique: <b>Q07206</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <b>Q07207</b>) (siga Q73)</p>			
<p>Q73. Em geral, em que grau o derrame (ou AVC) limita as suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.</i>)? (Leia as opções de resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não limita <b>Q073</b> <input type="checkbox"/> 4. Intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Moderadamente</p> <p>(siga Q74)</p>	<p>Q74. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de asma (ou bronquite asmática)? <b>Q074</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q74=1, siga Q75. Se Q74=2, passe ao Q79.)</p>	<p>Q75. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de asma? <b>Q075</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p>Idade</p> <p>(siga Q76)</p>	<p>Q76. Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) teve alguma crise de asma? <b>Q076</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q76=1, siga Q77. Se Q76=2, passe ao Q79.)</p>
<p>Q77. O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da asma?</p> <p>a. Usa medicamentos (inaladores, <b>Q07701</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q77a) aerossol ou comprimidos) b. Outro (Especifique: <b>Q07702</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <b>Q07703</b>) (siga Q78)</p>			
<p>Q78. Em geral, em que grau a asma limita as suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.</i>)? (Leia as opções de resposta) <b>Q078</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não limita <input type="checkbox"/> 4. Intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Moderadamente</p> <p>(siga Q79)</p>	<p>Q79. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de artrite ou reumatismo? <b>Q079</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q79=1, siga Q80. Se Q79=2, passe ao Q84.)</p>	<p>Q80. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de artrite ou reumatismo? <b>Q080</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p>Anos</p> <p>(siga Q81)</p>	
<p>Q81. O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da artrite ou reumatismo? (Leia as opções de resposta)</p> <p>a. Exercício ou atividade física <b>Q08101</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q81b) d. Faz acupuntura <b>Q08104</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q81e)</p> <p>b. Fisioterapia <b>Q08102</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q81c) e. Outro (Especifique: <b>Q08105</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <b>Q08106</b>) (siga Q82)</p> <p>c. Usa medicamentos ou injeções <b>Q08103</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q81d)</p>			
<p>Q82. O(a) sr(a) já fez alguma cirurgia por causa da artrite ou reumatismo? <b>Q082</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q83)</p>	<p>Q83. Em geral, em que grau a artrite ou reumatismo limita as suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.</i>)? (Leia as opções de resposta) <b>Q083</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não limita <input type="checkbox"/> 4. Intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Moderadamente</p> <p>(siga Q84)</p>	<p>Q84. O(a) sr(a) tem algum problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco? <b>Q084</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q84=1, siga ao Q85. Se Q84=2, passe ao Q88.)</p>	<p>Q85. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou o problema na coluna? <b>Q085</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> 0. Menos de 1 ano</p> <p>Anos</p> <p>(siga Q86)</p>

<p>Q86. O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do problema na coluna? (Leia as opções de resposta)</p> <p>a. Exercício ou fisioterapia <b>Q08601</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q86b)      c. Faz acupuntura <b>Q08604</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q86d)</p> <p>b. Usa medicamentos ou injeções <b>Q08603</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q86c)      d. Outro (Especifique: <b>Q08605</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <b>Q08606</b>) (siga Q87)</p>			
<p>Q87. Em geral, em que grau o problema na coluna limita as suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.</i>)? (Leia as opções de resposta) <b>Q087</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não limita      <input type="checkbox"/> 4. Intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco      <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Moderadamente</p> <p>(siga Q88)</p>		<p>Q88. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de DORT (distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho)? <b>Q088</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q88=1, siga Q89. Se Q88=2, passe ao Q92.)</p>	
<p>Q89. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de DORT? <b>Q089</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> Anos      0. Menos de 1 ano</p> <p>(siga Q90)</p>			
<p>Q90. O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do DORT? (Leia as opções de resposta)</p> <p>a. Exercício ou fisioterapia <b>Q09001</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q90b)      c. Faz acupuntura <b>Q09004</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q90d)</p> <p>b. Usa medicamentos ou injeções <b>Q09003</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q90c)      d. Outro (Especifique: <b>Q09005</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <b>Q09006</b>) (siga Q91)</p>			
<p>Q91. Em geral, em que grau o DORT limita as suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.</i>)? (Leia as opções de resposta) <b>Q091</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não limita      <input type="checkbox"/> 4. Intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco      <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Moderadamente</p> <p>(siga Q92)</p>		<p>Q92. Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de depressão? <b>Q092</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(Se Q92=1, siga Q93. Se Q92=2, passe ao Q110.)</p>	
<p>Q94. O(A) sr(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da depressão? <b>Q094</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, só quando tem algum problema</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Nunca vai</p> <p>(Se Q94=1, passe ao Q96. Se Q94=2 ou 3, siga Q95.)</p>		<p>Q95. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa da depressão? <b>Q095</b></p> <p><input type="checkbox"/> 01. Não está mais deprimido      <input type="checkbox"/> 05. Tem dificuldades financeiras      <input type="checkbox"/> 08. Não sabe quem procurar ou aonde ir</p> <p><input type="checkbox"/> 02. O serviço de saúde é muito distante      <input type="checkbox"/> 06. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível e com suas atividades de trabalho ou domésticas      <input type="checkbox"/> 09. Dificuldade de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Não tem ânimo      <input type="checkbox"/> 07. O plano de saúde não cobre as consultas      <input type="checkbox"/> 10. Outro (Especifique: <b>Q09501</b>)</p> <p><input type="checkbox"/> 04. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande</p> <p>(siga Q96)</p>	
<p>Q96. Quais tratamentos o(a) sr(a) faz atualmente por causa da depressão? (Leia as opções de resposta)</p> <p>a. Faz psicoterapia <b>Q09601</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q96b)      c. Outro (Especifique: <b>Q09603</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <b>Q09604</b>)</p> <p>b. Toma medicamentos <b>Q09602</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q96c)</p> <p>(Se Q96b = 2, passe ao Q101. Caso contrário, siga Q97.)</p>			
<p>Q97. Algum dos medicamentos para depressão foi coberto por plano de saúde? (Leia as opções de resposta) <b>Q097</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos      <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns      <input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(Se Q97=1, passe ao Q100. Se Q97=2 ou 3, siga Q98.)</p>		<p>Q98. Algum dos medicamentos para depressão foi obtido em serviço público de saúde? (Leia as opções de resposta) <b>Q098</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todos      <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns      <input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum</p> <p>(siga Q100)</p>	
<p>Q100. O(A) sr(a) pagou algum valor pelos medicamentos? <b>Q100</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim      <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>(siga Q101)</p>		<p>Q101. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) recebeu assistência médica por causa da depressão? (Leia as opções de resposta) <b>Q101</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses      <input type="checkbox"/> 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano      <input type="checkbox"/> 5. Há 3 anos ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos      <input type="checkbox"/> 6. Nunca recebeu</p> <p>(Se Q101=1 ao 5, siga ao Q102. Se Q101=6, passe ao Q109.)</p>	

<p>Q102. Na última vez que recebeu assistência médica para depressão, onde o(a) sr(a) foi atendido?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica</p> <p><input type="checkbox"/> 3. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)</p> <p><input type="checkbox"/> 04. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público</p> <p><input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p><b>Q0102</b></p> <p><input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada</p> <p><input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado</p> <p><input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família.</p> <p><input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico particular</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: <u>Q010201</u>)</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q103)</p>		
<p>Q103. Esse atendimento foi coberto por plano de saúde?</p> <p style="text-align: right;"><b>Q0103</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga Q104)</p>	<p>Q104. O(A) sr(a) pagou algum valor por esse atendimento?(Entrevistador: <i>Se o(a) e entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2</i>)</p> <p style="text-align: right;"><b>Q0104</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga Q105)</p>	<p>Q105. Esse atendimento foi feito pelo SUS?</p> <p style="text-align: right;"><b>Q0105</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</p> <p style="text-align: center;">(siga Q106)</p>
<p>Q106. Em algum dos atendimentos para depressão, houve encaminhamento para algum acompanhamento com profissional de saúde mental, como psiquiatra ou psicólogo?</p> <p style="text-align: right;"><b>Q0106</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não houve encaminhamento, pois todas as consultas para depressão foram com profissional de saúde mental</p> <p style="text-align: center;">(Se Q106=1, siga Q107. Se Q106=2 ou 3, passe ao Q109.)</p>	<p>Q107. O(A) sr(a) conseguiu ir a todas as consultas com profissional especialista de saúde mental?</p> <p style="text-align: right;"><b>Q0107</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se Q107=1, passe ao Q109. Se Q107=2, siga Q108.)</p>	
<p>Q108. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter ido a todas as consultas com o profissional especialista de saúde mental?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas a consulta ainda não foi realizada</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Não conseguiu marcar</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Não achou necessário</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Não teve ânimo</p> <p><input type="checkbox"/> 05. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Não sabia quem procurar ou aonde ir</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p><b>Q0108</b></p> <p><input type="checkbox"/> 07. Estava com dificuldades financeiras</p> <p><input type="checkbox"/> 08. Teve dificuldades de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 09. O plano de saúde não cobria a consulta</p> <p><input type="checkbox"/> 10. O serviço de saúde era muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 11. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Outro (Especifique: <u>Q010801</u>)</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q109)</p>		
<p>Q109. Em geral, em que grau a depressão limita as suas atividades habituais (tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.)? (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Não limita</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Um pouco</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Moderadamente</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p style="text-align: right;"><b>Q0109</b></p> <p><input type="checkbox"/> 4. Intensamente</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q110)</p>		
<p>Q110. Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de outra doença mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo)?</p> <p style="text-align: right;"><b>Q0110</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se Q110= 2, passe ao Q116. Caso contrário, siga para os itens abaixo.)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>a. Esquizofrenia <b>Q11001</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q110b)</p> <p>b. Transtorno bipolar <b>Q11002</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q110c)</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>c. TOC (Transtorno obsessivo compulsivo) <b>Q11003</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q110d)</p> <p>d. Outro (Especifique: <u>Q11004</u>) <b>Q11005</b></p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se todas = 2, passe ao Q116. Caso contrário, siga Q111.)</p>		



<p>Q111. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de doença mental?</p> <p><b>Q111</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;" type="text"/> </div> <p>0. Menos de 1 ano</p> <p>Anos (siga Q112)</p>	<p>Q112. O(A) sr(a) visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa dessa doença mental? <b>Q112</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Sim         </div> <div> <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div> <input type="checkbox"/> 3. Não, só quando tenho algum problema         </div> </div> <p>(Se Q112=1, passe ao Q114. Se Q112=2 ou 3, siga Q113.)</p>	
<p>Q113. Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente? <b>Q113</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Não acha necessário  <input type="checkbox"/> 2. O serviço de saúde é muito distante  <input type="checkbox"/> 3. Acha que não vai ser bem recebido no serviço de saúde porque tem uma doença mental  <input type="checkbox"/> 4. Tem dificuldades financeiras  <input type="checkbox"/> 5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas         </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 6. O plano de saúde não cobre as consultas regulares  <input type="checkbox"/> 7. Não sabe quem procurar ou aonde ir  <input type="checkbox"/> 8. Dificuldade de transporte  <input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: <b>Q11301</b>)         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q114)</p>		
<p>Q114. Quais tratamentos o(a) sr(a) faz atualmente por causa da doença mental?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>a. Faz psicoterapia <b>Q11401</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q114b)</p> <p>b. Usa medicamentos ou injeções <b>Q11402</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q114c)</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>c. Outro (Especifique: <b>Q11403</b>) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;"><b>Q11404</b></p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q115)</p>		
<p>Q115. Em geral, em que grau essa doença mental limita as suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.</i>)?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Não limita  <input type="checkbox"/> 2. Um pouco  <input type="checkbox"/> 3. Moderadamente         </div> <div style="width: 48%;"> <p style="text-align: center;"><b>Q115</b></p> <input type="checkbox"/> 4. Intensamente  <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q116)</p>		
<p>Q116. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma doença no pulmão, tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)? <b>Q116</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se Q116= 2, passe ao Q120. Caso contrário, siga para os itens abaixo.)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>a. Enfisema pulmonar <b>Q11601</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q116b)</p> <p>b. Bronquite crônica <b>Q11602</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q116c)</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>c. Outra (Especifique: <b>Q11603</b>) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;"><b>Q11604</b></p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se todas = 2, passe ao Q120. Caso contrário, siga Q117.)</p>		
<p>Q117. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico da doença no pulmão?</p> <p><b>Q117</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;" type="text"/> </div> <p>0. Menos de 1 ano</p> <p>Anos (siga Q118)</p>		
<p>Q118. O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da doença no pulmão?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>a. Usa medicamentos (inaladores aerossol ou comprimidos) <b>Q11801</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q118b)</p> <p>b. Usa oxigênio <b>Q11802</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q118c)</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>c. Fisioterapia respiratória <b>Q11803</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q118d)</p> <p>d. Outro (Especifique: <b>Q11804</b>) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;"><b>Q11805</b></p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q119)</p>		
<p>Q119. Em geral, em que grau a doença do pulmão limita as suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.</i>)?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Não limita  <input type="checkbox"/> 2. Um pouco  <input type="checkbox"/> 3. Moderadamente  <input type="checkbox"/> 4. Intensamente  <input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente         </div> <div style="width: 48%;"> <p style="text-align: center;"><b>Q119</b></p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q120)</p>	<p>Q120. Algum médico já lhe deu algum diagnóstico de câncer? <b>Q120</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 48%;"> </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se Q120=1, siga Q121. Se Q120=2, passe ao Q124.)</p>	<p>Q121. No primeiro diagnóstico de câncer, que tipo de câncer o(a) sr(a) tem ou teve? (Leia as opções de resposta) <b>Q121</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. Pulmão  <input type="checkbox"/> 2. Intestino  <input type="checkbox"/> 3. Estômago  <input type="checkbox"/> 4. Mama (<i>só para mulheres</i>)  <input type="checkbox"/> 5. Colo de útero (<i>só para mulheres</i>)         </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 6. Próstata (<i>só para homens</i>)  <input type="checkbox"/> 7. Pele  <input type="checkbox"/> 8. Outro (Especifique: <b>Q12101</b>)         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q122)</p>

<p>Q122. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de câncer?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano </div> </div> <p>Anos</p> <p style="text-align: right;">(siga Q123)</p>	<p>Q123. Em geral, em que grau o câncer ou algum problema provocado pelo câncer limita as suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.</i>)? (Leia as opções de resposta) <b>Q123</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> 1. Não limita</div> <div><input type="checkbox"/> 2. Um pouco</div> <div><input type="checkbox"/> 3. Moderadamente</div> <div><input type="checkbox"/> 4. Intensamente</div> <div><input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</div> </div> <p style="text-align: right;">(siga Q124)</p>	<p>Q124. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de insuficiência renal crônica? <b>Q124</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> 1. Sim</div> <div><input type="checkbox"/> 2. Não</div> </div> <p style="text-align: right;">(Se Q124=1, siga Q125. Se Q124=2, passe ao Q128.)</p>	<p>Q125. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de insuficiência renal crônica?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano </div> </div> <p>Anos</p> <p style="text-align: right;">(siga Q126)</p>
<p>Q126. O que o(a) sr(a) faz ou fez por causa da insuficiência renal crônica?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <p>a. Toma medicamentos <b>Q12601</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q126b)</p> <p>b. Hemodiálise <b>Q12602</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q126c)</p> <p>c. Diálise peritoneal <b>Q12603</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q126d)</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>d. Fez transplante de rim <b>Q12604</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga Q126e)</p> <p>e. Outro (Especifique: <b>Q12605</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <b>Q12606</b>)</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga Q127)</p>			
<p>Q127. Em geral, em que grau a insuficiência renal crônica limita as suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.</i>)?(Leia as opções de resposta) <b>Q127</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> 1. Não limita</div> <div><input type="checkbox"/> 2. Um pouco</div> <div><input type="checkbox"/> 3. Moderadamente</div> <div><input type="checkbox"/> 4. Intensamente</div> <div><input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</div> </div> <p style="text-align: right;">(siga Q128)</p>	<p>Q128. Algum médico já lhe deu algum diagnóstico de outra doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração)? <b>Q128</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> 1. Sim</div> <div><input type="checkbox"/> 2. Não</div> </div> <p style="text-align: right;">(Se Q128=1, siga Q129. Se Q128=2, passe ao Q132.)</p>	<p>Q129. O(A) sr(a) pode me dizer qual ? (<i>No caso de mais de uma, escolha a principal</i>) <b>Q129</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: right;">(siga Q130)</p>	
<p>Q130. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> 0. Menos de 1 ano </div> </div> <p>Anos</p> <p style="text-align: right;">(siga Q131)</p>	<p>Q131. Em geral, em que grau esta doença limita suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.</i>)? (Leia as opções de resposta) <b>Q131</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> 1. Não limita</div> <div><input type="checkbox"/> 2. Um pouco</div> <div><input type="checkbox"/> 3. Moderadamente</div> <div><input type="checkbox"/> 4. Intensamente</div> <div><input type="checkbox"/> 5. Muito intensamente</div> </div> <p style="text-align: right;">(siga Q132)</p>	<p>Q132. Nas últimas duas semanas, o(a) sr(a) fez uso de algum medicamento para dormir? <b>Q132</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> 1. Sim</div> <div><input type="checkbox"/> 2. Não</div> </div> <p style="text-align: right;">(Se Q132=1, siga Q133. Se Q132=2 e homem com 40 anos ou mais, passe ao Q136. Se Q132=2 e homem com menos de 40 anos, passe ao módulo U. Se Q132=2 e mulher, passe ao módulo R.)</p>	<p>Q133. Nas últimas duas semanas, por quantos dias usou o medicamento para dormir?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div> <div style="margin-left: 10px;"> Dias </div> </div> <p style="text-align: right;">(siga Q134)</p>
<p>Q134. O medicamento que o(a) sr(a) usa para dormir foi receitado por médico? <b>Q134</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> 1. Sim</div> <div><input type="checkbox"/> 2. Não</div> </div> <p style="text-align: right;">(Se Q134=1, siga Q135. Se Q134=2 e homem com 40 anos ou mais, passe ao Q136. Se Q134=2 e homem com menos de 40 anos, passe ao módulo U. Se Q134=2 e mulher, passe ao módulo R.)</p>	<p>Q135. Foi receitado para o(a) sr(a) mesmo(a)? <b>Q135</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> 1. Sim</div> <div><input type="checkbox"/> 2. Não, foi receitado por médico para outra pessoa</div> </div> <p style="text-align: right;">(Se homem com 40 anos ou mais de idade, siga Q136. Se Homem com menos de 40 anos, passe ao módulo U. Se mulher, passe ao módulo R.)</p>	<p>Q136. Quando foi a última vez que o sr fez um exame físico/toque retal da próstata?(Leia as opções de resposta) <b>Q136</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <div><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 ano atrás</div> <div><input type="checkbox"/> 2. De 1 ano a menos de 2 anos</div> <div><input type="checkbox"/> 3. De 2 anos a menos de 3 anos</div> </div> <div style="width: 50%;"> <div><input type="checkbox"/> 4. 3 anos ou mais atrás</div> <div><input type="checkbox"/> 5. Nunca fez</div> </div> </div> <p style="text-align: right;">(Se Q136= 1 a 4, passe ao módulo U. Se Q136=5, siga Q137.)</p>	
<p>Q137. Qual o principal motivo do sr nunca ter feito o exame? <b>Q137</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <div><input type="checkbox"/> 01. Não acha necessário</div> <div><input type="checkbox"/> 02. Tem vergonha</div> <div><input type="checkbox"/> 03. Nunca foi orientado para fazer o exame</div> <div><input type="checkbox"/> 04. Não sabe quem procurar ou aonde ir</div> <div><input type="checkbox"/> 05. Tem dificuldades financeiras</div> <div><input type="checkbox"/> 06. Tem dificuldades de transporte</div> <div><input type="checkbox"/> 07. Teve dificuldades para marcar consulta</div> </div> <div style="width: 50%;"> <div><input type="checkbox"/> 08. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande</div> <div><input type="checkbox"/> 09. O serviço de saúde é muito distante</div> <div><input type="checkbox"/> 10. O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades de trabalho ou habituais</div> <div><input type="checkbox"/> 11. O plano de saúde não cobre a consulta</div> <div><input type="checkbox"/> 12. Está marcado, mas ainda não realizou</div> <div><input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: <b>Q13701</b>)</div> </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se homem, passe ao Módulo U.) (Se mulher ir para Módulo R.)</p>			

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

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

<p>R1. Quando foi a última vez que a sra fez um exame preventivo para câncer do colo do útero? (Leia as opções de resposta) <b>R001</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 ano atrás</span> <span><input type="checkbox"/> 2. De 1 ano a menos de 2 anos</span> <span><input type="checkbox"/> 3. De 2 anos a menos de 3 anos</span> <span><input type="checkbox"/> 4. 3 anos ou mais atrás</span> <span><input type="checkbox"/> 5. Nunca fez</span> </div> <p style="text-align: center;">(Se R1 = 1 a 4, passe ao R3. Se R1 = 5, siga R2.)</p>			
<p>R2. Qual o principal motivo da sra nunca ter feito um exame preventivo? <b>R002</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 01. Nunca teve relações sexuais             <input type="checkbox"/> 02. Não acha necessário             <input type="checkbox"/> 03. Tem vergonha             <input type="checkbox"/> 04. Nunca foi orientada para fazer o exame             <input type="checkbox"/> 05. Não sabe quem procurar ou aonde ir         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 06. Tem dificuldades financeiras             <input type="checkbox"/> 07. Tem dificuldades de transporte             <input type="checkbox"/> 08. Teve dificuldades para marcar consulta             <input type="checkbox"/> 09. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande             <input type="checkbox"/> 10. O serviço de saúde é muito distante         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 11. O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas             <input type="checkbox"/> 12. O plano de saúde não cobre a consulta             <input type="checkbox"/> 13. Está marcado, mas ainda não realizou             <input type="checkbox"/> 14. Outro (Especifique: <b>R00201</b>)         </div> </div> <p style="text-align: center;">(passe ao R10)</p>			
<p>R3. O último exame preventivo para câncer do colo do útero foi coberto por algum plano de saúde? <b>R003</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/> 1. Sim</span> <span><input type="checkbox"/> 2. Não</span> </div> <p style="text-align: center;">(siga R4)</p>	<p>R4. A sra pagou algum valor pelo último exame preventivo para câncer do colo do útero? <b>R004</b></p> <p><i>(Entrevistador: Se a entrevistada responder que pagou, mas teve reembolso, marque a opção 2)</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/> 1. Sim</span> <span><input type="checkbox"/> 2. Não</span> </div> <p style="text-align: center;">(siga R5)</p>	<p>R5. O último exame preventivo para câncer do colo do útero foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)? <b>R005</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/> 1. Sim</span> <span><input type="checkbox"/> 2. Não</span> <span><input type="checkbox"/> 3. Não sabe</span> </div> <p style="text-align: center;">(siga R6)</p>	
<p>R6. Quando a sra recebeu o resultado do último exame preventivo? (Leia as opções de resposta) <b>R006</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 mês depois             <input type="checkbox"/> 2. Entre 1 mês e menos de 3 meses depois             <input type="checkbox"/> 3. Entre 3 meses e menos de 6 meses depois             <input type="checkbox"/> 4. 6 meses ou mais depois         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 5. Ainda não recebi             <input type="checkbox"/> 6. Nunca recebi             <input type="checkbox"/> 7. Nunca fui buscar         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se R6 = 1 ao 4, siga R7. Se R6 = 5, 6 ou 7, passe ao R10.)</p>		<p>R7. Após receber o resultado do exame, a sra foi encaminhada a alguma consulta com ginecologista ou outro médico especialista? <b>R007</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim             <input type="checkbox"/> 2. Não             <input type="checkbox"/> 3. Não houve encaminhamento, pois todas as minhas consultas por este motivo foram com médico especialista         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se R7 = 1, siga R8. Se R7 = 2 ou 3, passe ao R10.)</p>	<p>R8. A sra foi à consulta? <b>R008</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/> 1. Sim</span> <span><input type="checkbox"/> 2. Não</span> </div> <p style="text-align: center;">(Se R8 = 2, siga R9. Se R8 = 1, passe ao R10.)</p>
<p>R9. Qual o principal motivo da sra não ter ido à consulta? <b>R009</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas ainda não foi à consulta             <input type="checkbox"/> 02. Não achou necessário             <input type="checkbox"/> 03. Não sabia quem procurar ou aonde ir             <input type="checkbox"/> 04. Estava com dificuldades financeiras         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 05. Teve dificuldades de transporte             <input type="checkbox"/> 06. Não conseguiu marcar             <input type="checkbox"/> 07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande             <input type="checkbox"/> 08. O plano de saúde não cobria a consulta         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 09. O serviço de saúde era muito distante             <input type="checkbox"/> 10. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas             <input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: <b>R00901</b>)         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga R10)</p>			
<p>R10. A sra já foi submetida a cirurgia para retirada do útero? <b>R010</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/> 1. Sim</span> <span><input type="checkbox"/> 2. Não</span> </div> <p style="text-align: center;">(Se R10=1, siga R11. Se R10=2, passe ao R13.)</p>	<p>R11. Segundo o médico, qual o motivo da retirada do útero? (Leia as opções de resposta) <b>R011</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Mioma uterino             <input type="checkbox"/> 2. Prolapso do útero (útero caído)             <input type="checkbox"/> 3. Endometriose             <input type="checkbox"/> 4. Câncer ginecológico         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 5. Complicações da gravidez ou parto             <input type="checkbox"/> 6. Sangramento vaginal anormal             <input type="checkbox"/> 7. Outro (Especifique: <b>R01101</b>)         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga R12)</p>		
<p>R12. Que idade a sra tinha quando foi submetida à cirurgia? <b>R012</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <span>Anos</span> </div> <p style="text-align: center;">(siga R13)</p>		<p>R13. Quando foi a última vez que um médico ou enfermeiro fez o exame clínico das suas mamas? (Leia as opções de resposta) <b>R013</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 ano atrás             <input type="checkbox"/> 2. De 1 ano a menos de 2 anos atrás             <input type="checkbox"/> 3. De 2 anos a menos de 3 anos atrás         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 4. 3 anos ou mais atrás             <input type="checkbox"/> 5. Nunca fez         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga R14)</p>	
<p>R14. Algum médico já lhe solicitou um exame de mamografia? <b>R014</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/> 1. Sim</span> <span><input type="checkbox"/> 2. Não</span> </div> <p style="text-align: center;">(Se R14=1, siga R15. Se R14=2, passe ao R25.)</p>		<p>R15. A sra fez o exame de mamografia? <b>R015</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><input type="checkbox"/> 1. Sim</span> <span><input type="checkbox"/> 2. Não</span> </div> <p style="text-align: center;">(Se R15=1, passe ao R17. Se R15=2, siga R16.)</p>	

<p>R16. Qual o principal motivo da sra não ter feito o exame de mamografia? <b>R016</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 01. O exame está marcado, mas ainda não fez o exame</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 05. Estava com dificuldades financeiras</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 09. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as suas atividades de trabalho ou domésticas</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 02. Não achou necessário</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 06. Teve dificuldades de transporte</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 10. O plano de saúde não cobria a mamografia</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 03. Não sabia onde realizar o exame</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: <b>R01601</b>)</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 04. Não conseguiu marcar</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 08. O serviço de saúde era muito distante</div> </div> <p style="text-align: center;">(passe ao R25)</p>				
<p>R17. Quando foi a última vez que a sra fez um exame de mamografia? (Leia as opções de resposta) <b>R017</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 ano atrás</div> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 2. De 1 ano a menos de 2 anos</div> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 3. De 2 anos a menos de 3 anos</div> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 4. 3 anos ou mais atrás</div> <p style="text-align: center;">(siga R18)</p>	<p>R18. A última mamografia foi coberta por algum plano de saúde? <b>R018</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim</div> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 2. Não</div> <p style="text-align: center;">(siga R19)</p>	<p>R19. A sra pagou algum valor pela última mamografia? <b>R019</b></p> <p><i>(Entrevistador: Se a entrevistada responder que pagou, mas teve reembolso, marque a opção 2)</i></p> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim</div> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 2. Não</div> <p style="text-align: center;">(siga R20)</p>	<p>R20. A última mamografia foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)? <b>R020</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim</div> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 2. Não</div> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 3. Não sabe</div> <p style="text-align: center;">(siga R21)</p>	
<p>R21. Quando a sra recebeu o resultado do exame de mamografia? (Leia as opções de resposta) <b>R021</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 mês depois</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 5. Ainda não recebi</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 2. Entre 1 mês e menos de 3 meses depois</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 6. Nunca recebi</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 3. Entre 3 meses e menos de 6 meses depois</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 7. Nunca fui buscar</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 4. 6 meses ou mais ou mais depois</div> </div> <p style="text-align: center;">(Se R21=1 a 4, siga R22. Se R21=5, 6 ou 7, passe ao R25.)</p>		<p>R22. Após receber o resultado da mamografia, a sra foi encaminhada para consulta com médico especialista? <b>R022</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1. Sim</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 2. Não</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 3. Não houve encaminhamento, pois todas as minhas consultas por este motivo foram com médico especialista</div> </div> <p style="text-align: center;">(Se R22=1, siga R23. Se R22=2 ou 3, passe ao R25.)</p>		<p>R23. A sra foi à consulta com o especialista? <b>R023</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim</div> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 2. Não</div> <p style="text-align: center;">(Se R23=1, passe ao R25. Se R23=2, siga R24.)</p>
<p>R24. Qual o principal motivo da sra não ter ido à consulta com o especialista? <b>R024</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas ainda não foi à consulta</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 05. Estava com dificuldades financeiras</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 09. O serviço de saúde era muito distante</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 02. Não conseguiu marcar</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 06. Teve dificuldades de transporte</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 10. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 03. Não achou necessário</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: <b>R02401</b>)</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 04. Não sabia quem procurar ou aonde ir</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 08. O plano de saúde não cobria a consulta</div> </div> <p style="text-align: center;">(siga ao R25)</p>				

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

<p>R25. Com que idade a sra ficou menstruada pela primeira vez? <b>R025</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 00. Não sabe         </div> <p style="text-align: center;">Anos</p> <p style="text-align: center;">(Se R10=1, passe ao R39. Se R10=2, siga R26.)</p>	<p>R26. A sra ainda fica menstruada? <b>R026</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim</div> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 2. Não</div> <p style="text-align: center;">(Se R26=1, passe ao R31. Se R26=2, siga R27.)</p>	<p>R27. Com que idade a sra parou de menstruar? <b>R027</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 00. Não sabe         </div> <p style="text-align: center;">Anos</p> <p style="text-align: center;">(siga R28)</p>	<p>R28. A sra já entrou na menopausa? <b>R028</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim</div> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 2. Não</div> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 3. Não sei</div> <p style="text-align: center;">(Se R28=1, siga R29. Se R28=2 ou 3, passe ao R39.)</p>
<p>R29. Alguma vez a sra fez ou faz tratamento hormonal para alívio dos sintomas da menopausa (com comprimidos, adesivos, gel ou injeções)? <b>R029</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 1. Sim, faz atualmente</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 2. Sim, já fez mas não faz mais</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 3. Não, nunca fez</div> </div> <p style="text-align: center;">(Se R29=1 ou 2, siga R30. Se R29=3, passe ao R39.)</p>			<p>R30. Este medicamento foi receitado por médico? <b>R030</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim</div> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 2. Não</div> <p style="text-align: center;">(passe ao R39)</p>

Agora vou lhe fazer perguntas sobre planejamento familiar e contracepção.

<p>R31. Nos últimos 12 meses, a sra teve relações sexuais? <b>R031</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim</div> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 2. Não</div> <p style="text-align: center;">(Se R31=1, siga R32. Se R31=2, passe ao R39.)</p>	<p>R32. Nos últimos 12 meses, a sra participou de grupo de planejamento familiar? <b>R032</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim</div> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 2. Não</div> <p style="text-align: center;">(Se R32=1, siga R33. Se R32=2, passe ao R34.)</p>	<p>R33. E o seu parceiro participou de grupo de planejamento familiar? <b>R033</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim</div> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 2. Não</div> <p style="text-align: center;">(siga R34)</p>	<p>R34. A sra usa algum método para evitar a gravidez atualmente? <b>R034</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim</div> <div style="display: flex; flex-direction: column;"> <input type="checkbox"/> 2. Não</div> <p style="text-align: center;">(Se R34=2, siga R35. Se R34=1, passe ao R36.)</p>
---	--	--	--

<p>R35. Qual o principal motivo de não evitar a gravidez? <b>R035</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 1. Quer engravidar ou não se incomoda de engravidar  <input type="checkbox"/> 2. Por motivos religiosos  <input type="checkbox"/> 3. Não sabe como evitar         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 4. Não sabe aonde ir ou quem procurar para lhe dar orientações  <input type="checkbox"/> 5. Está grávida  <input type="checkbox"/> 6. Ligou as trompas         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 7. O companheiro fez vasectomia  <input type="checkbox"/> 8. Não tem relações sexuais com homens  <input type="checkbox"/> 9. Outro (Especifique: <b>R03501</b>)         </div> </div> <p style="text-align: center;">(passe ao R37)</p>		
<p>R36. Que método para evitar a gravidez a sra usa atualmente?(leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <p>a. Pílula <b>R03601</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R36b)</p> <p>b. Tabela <b>R03602</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R36c)</p> <p>c. Camisinha masculina <b>R03603</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R36d)</p> <p>d. Camisinha feminina <b>R03604</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R36e)</p> <p>e. Diafragma <b>R03605</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R36f)</p> <p>f. DIU <b>R03606</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R36g)</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>g. Contraceptivo Injetável <b>R03607</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R36h)</p> <p>h. Implantes (Norplant) <b>R03608</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R36i)</p> <p>i. Creme/óvulo <b>R03609</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R36j)</p> <p>j. Pílula do dia seguinte (Contracepção de emergência) <b>R03610</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga R36k)</p> <p>k. Outro (Especifique: <b>R03611</b>) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não  <b>R03612</b> (siga R37)</p> </div> </div>		
<p>R37. A sra e/ou seu companheiro já fizeram ou fazem algum tratamento para engravidar? <b>R037</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim, fazem atualmente  <input type="checkbox"/> 2. Sim, já fizeram  <input type="checkbox"/> 3. Nunca fizeram         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se R37=1, siga R38. Se R37=2 ou 3, passe ao R39.)</p>	<p>R38. Há quanto tempo a sra está tentando engravidar?(leia as opções de resposta) <b>R038</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 1. Há menos de 6 meses  <input type="checkbox"/> 2. De 6 meses a menos de 1 ano  <input type="checkbox"/> 3. Há 1 ano ou mais         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga R39)</p>	

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

<p>R39. Durante a sua vida, a sra já ficou grávida (mesmo que a gravidez não tenha chegado até o final)? <b>R039</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se R39=1, siga R40. Se R39=2, passe ao módulo U.)</p>	<p>R40. Com que idade a sra teve a sua primeira gravidez? <b>R040</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> 00. Não sabe         </div> <p style="text-align: center;">Anos (siga R41)</p>	<p>R41. A sra já teve algum aborto espontâneo? <b>R04101</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> 00. Não sabe         </div> <p style="text-align: center;">Quantos (siga R42)</p>	<p>R42. A sra já teve algum aborto provocado? <b>R04201</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> 00. Não sabe         </div> <p style="text-align: center;">Quantos (siga R43)</p>
<p>R43. Quantos partos a sra já teve? <b>R043</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> 00. Nenhum         </div> <p style="text-align: center;">Quantos (Se R43 = 00, passe ao Módulo U. Caso contrário, siga R44.)</p>	<p>R44. Quantos partos foram cesarianas? <b>R044</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> 00. Nenhum         </div> <p style="text-align: center;">Quantos (siga R45)</p>	<p>R45. Quantos filhos nasceram vivos (ou seja, que apresentaram algum sinal de vida ao nascer)? <b>R045</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> 00. Nenhum         </div> <p style="text-align: center;">Filhos vivos (siga R46)</p>	<p>R46. Destes filhos nascidos vivos, quantos já morreram? <b>R046</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> 00. Nenhum         </div> <p style="text-align: center;">Quantos (siga R47)</p>
<p>R47. Destes filhos nascidos vivos, quantos nasceram com peso menor que dois quilos e meio? <b>R047</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> 00. Nenhum         </div> <p style="text-align: center;">Quantos (siga R48)</p>	<p>R48. Destes filhos nascidos vivos, quantos nasceram antes do tempo, isto é antes de completar 9 meses de gestação? <b>R048</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> 00. Nenhum         </div> <p style="text-align: center;">Quantos (siga R49)</p>	<p>R49. Em que data foi o último parto? <b>R04901R04902R04903</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> Dia         </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> Mês         </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> Ano         </div> </div> <p style="text-align: center;">Se posterior a __/__/__ ir para o Módulo S.          Se anterior a __/__/__ ir para o Módulo U.          (Encerre o módulo)</p>	

## Módulo S. Atendimento Pré-natal

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

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

<p>S1. Na última vez que a sra esteve grávida, a sra fez pré-natal? <b>S001</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se S1=2, passe ao S44.)</p>	<p>S2. Na última vez que a sra esteve grávida a sra recebeu o cartão de pré-natal? <b>S002</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga S3)</p>	<p>S3. Com quantas semanas de gravidez a sra iniciou o pré-natal? <b>S003</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> 88. Não sabe         </div> <p style="text-align: center;">Semanas (siga S4)</p>	<p>S4. Quantas consultas de pré-natal a sra teve? <b>S004</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> 00. Nenhuma         </div> <p style="text-align: center;">Consultas (siga S5)</p>
--	--	--	---

<p>S5. Onde foi realizada a maioria das consultas do pré-natal? <b>S005</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Hospital público/ambulatório</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 4. Consultório particular ou clínica privada</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Outro (Especifique: <b>S00501</b>)</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga S6)</p>			
<p>S6. As consultas do pré-natal foram cobertas por algum plano de saúde? <b>S006</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todas</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, algumas</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhuma</p> <p style="text-align: center;">(siga S7)</p>	<p>S7. A sra pagou algum valor pelas consultas do pré-natal? <b>S007</b></p> <p><i>(Entrevistador: Se a entrevistada responder que pagou, mas teve reembolso, marque opção 2)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga S8)</p>	<p>S8. As consultas do pré-natal foram feitas através do Sistema Único de Saúde (SUS)? (Leia as opções de resposta) <b>S008</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim, todas</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, algumas</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não sabe</p> <p style="text-align: center;">(siga S9)</p>	<p>S9. Quem a atendeu na maioria das consultas? (Leia as opções de resposta) <b>S009</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Médico</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Enfermeira</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Técnico ou auxiliar de enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Parteira</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outro (Especifique: <b>S00901</b>)</p> <p style="text-align: center;">(siga S10)</p>
<p>S10. Durante as consultas de pré-natal, a sra recebeu algum dos seguintes aconselhamentos? (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>a. Não faltar às consultas agendadas <b>S01001</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S10b)</p> <p>b. Manter uma alimentação saudável <b>S01002</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S10c)</p> <p>c. Não fumar <b>S01003</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S10d)</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>d. Não beber <b>S01004</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S10e)</p> <p>e. Não fazer uso de tintura/alisamento de cabelo <b>S01005</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga S11)</p> </div> </div>			
<p>S11. Durante as consultas de pré-natal, a sra recebeu alguma destas orientações? (Leia as opções de resposta)</p> <p>a. Sobre sinais de trabalho de parto <b>S01101</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S11b)</p> <p>b. Sobre sinais de risco na gravidez <b>S01102</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S11c)</p> <p>c. Sobre aleitamento materno <b>S01103</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga S12)</p> <p style="text-align: center;">(siga S11)</p>		<p>S12. Durante o pré-natal a sra foi informada sobre a qual serviço de saúde a sra deveria ir no momento do parto? <b>S012</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga S13)</p>	
<p>S13. Mediram a sua altura na primeira consulta de pré-natal? <b>S013</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga S14)</p>			
<p>S14. Durante o pré-natal, em quantas consultas: (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>a. Mediram sua pressão arterial? <b>S01401</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Todas <input type="checkbox"/> 2. Algumas <input type="checkbox"/> 3. Nenhuma (siga S14b)</p> <p>b. Mediram o seu peso? <b>S01402</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Todas <input type="checkbox"/> 2. Algumas <input type="checkbox"/> 3. Nenhuma (siga S14c)</p> <p>c. Mediram a sua barriga? (fundo de útero) <b>S01403</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Todas <input type="checkbox"/> 2. Algumas <input type="checkbox"/> 3. Nenhuma (siga S14d)</p> <p>d. Ouviram o coração do bebê? <b>S01404</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Todas <input type="checkbox"/> 2. Algumas <input type="checkbox"/> 3. Nenhuma (siga S14e)</p> <p>e. Examinaram suas mamas? <b>S01405</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Todas <input type="checkbox"/> 2. Algumas <input type="checkbox"/> 3. Nenhuma (siga S15)</p> </div> </div>			
<p>S15. Em alguma consulta do pré-natal o médico ou enfermeiro falou que sua pressão estava alta? <b>S015</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se S15=2, passe ao S20.)</p>	<p>S16. O médico ou enfermeiro explicou sobre os riscos da pressão alta para a sra e para o bebê? <b>S016</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga S17)</p>	<p>S17. A sra foi encaminhada para consulta com médico especialista por causa da pressão alta? <b>S017</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se S17=2, passe ao S20.)</p>	<p>S18. A sra foi à consulta com o médico especialista? <b>S018</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se S18=1, passe ao S20.)</p>
<p>S19. Qual o principal motivo da sra não ter ido à consulta com o especialista? <b>S019</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 33%;"> <p><input type="checkbox"/> 01. Não conseguiu marcar</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Não achou necessário</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Não sabia quem procurar ou aonde ir</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Estava com dificuldades financeiras</p> </div> <div style="width: 33%;"> <p><input type="checkbox"/> 05. O plano de saúde não cobria a consulta</p> <p><input type="checkbox"/> 06. O serviço de saúde era muito distante</p> <p><input type="checkbox"/> 07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande</p> <p><input type="checkbox"/> 08. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas</p> </div> <div style="width: 33%;"> <p><input type="checkbox"/> 09. Não havia especialista no serviço de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Dificuldade de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: <b>S01901</b>)</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga S20)</p>			
<p>S20. Durante o pré-natal, a sra fez exame de sangue? <b>S020</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se S20=2, passe ao S33.)</p>	<p>S21. Em alguma consulta do pré-natal o médico ou enfermeiro falou que seu exame de sangue mostrou açúcar alto (presença de diabetes)? <b>S021</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(Se S21=2, passe ao S27.)</p>	<p>S22. O médico ou enfermeiro explicou os riscos do açúcar alto no sangue para a sra e seu bebê? <b>S022</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga S23)</p>	<p>S23. Explicaram sobre a alimentação que a sra deveria ter para ajudar a controlar o açúcar no sangue? <b>S023</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga S24)</p>



<p>S24. A sra foi encaminhada para consulta com médico especialista por causa do diabetes? <b>S024</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         <input type="checkbox"/> 2. Não       </div> <p style="text-align: center;">(S24=2, passe ao S27.)</p>		<p>S25. A sra foi à consulta com o médico especialista? <b>S025</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         <input type="checkbox"/> 2. Não       </div> <p style="text-align: center;">(Se S25=1, passe ao S27.)</p>	
<p>S26. Qual o principal motivo da sra não ter ido à consulta com o médico especialista? <b>S026</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 01. A consulta está marcada, mas ainda não foi à consulta         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 05. Estava com dificuldades financeiras         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 09. O serviço de saúde era muito distante         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 02. Não conseguiu marcar         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 06. Teve dificuldades de transporte         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 10. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 03. Não achou necessário         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: <b>S02601</b>)         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 04. Não sabia quem procurar ou aonde ir         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 08. O plano de saúde não cobria a consulta         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga S27)</p>			
<p>S27. Durante o atendimento pré-natal a sra realizou exame de sangue para sífilis? <b>S027</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         <input type="checkbox"/> 2. Não         <input type="checkbox"/> 3. Não sabe       </div> <p style="text-align: center;">(Se S27=2 ou 3, passe ao S33.)</p>		<p>S28. A sra recebeu o resultado do exame para sífilis antes do parto? (leia as opções de resposta) <b>S028</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim, foi negativo         <input type="checkbox"/> 2. Sim, foi positivo         <input type="checkbox"/> 3. Não recebeu o resultado/ Não foi informada antes do parto       </div> <p style="text-align: center;">(Se S28=1 ou 3, passe ao S33.)</p>	
<p>S29. A sra recebeu tratamento para sífilis? (Leia as opções de resposta) <b>S029</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim, antes do parto         <input type="checkbox"/> 2. Sim, depois do parto         <input type="checkbox"/> 3. Não       </div> <p style="text-align: center;">(siga S30)</p>		<p>S30. A sra foi orientada a usar preservativo? <b>S030</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         <input type="checkbox"/> 2. Não       </div> <p style="text-align: center;">(siga S31)</p>	
<p>S31. Foi pedido exame de sífilis para o seu parceiro? <b>S031</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         <input type="checkbox"/> 2. Não       </div> <p style="text-align: center;">(siga S32)</p>		<p>S32. O seu parceiro foi tratado? <b>S032</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         <input type="checkbox"/> 2. Não       </div> <p style="text-align: center;">(siga S33)</p>	
<p>S33. Durante seu pré-natal, foi solicitado o teste para HIV? <b>S033</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         <input type="checkbox"/> 2. Não         <input type="checkbox"/> 3. Não sabe       </div> <p style="text-align: center;">(Se S33 = 2 ou 3, passe ao S35.)</p>		<p>S34. A sra fez o teste de HIV? (Leia as opções de resposta) <b>S034</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         <input type="checkbox"/> 2. Não, pois já sabia que estava infectada pelo HIV         <input type="checkbox"/> 3. Não       </div> <p style="text-align: center;">(siga S35)</p>	
<p>S35. Durante o atendimento pré-natal a sra realizou exame de urina? <b>S035</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         <input type="checkbox"/> 2. Não       </div> <p style="text-align: center;">(siga S36)</p>		<p>S36. Durante o pré-natal, quantos exames de ultrassonografia foram solicitados? <b>S036</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: black;"></div> </div> <input type="checkbox"/> 0. Nenhum       </div> <p>Exames</p> <p style="text-align: center;">(Se S36 = 00, passe ao S42. Caso contrário, siga S37.)</p>	
<p>S37. A sra conseguiu realizar os exames de ultrassonografia solicitados? (Leia as opções de resposta) <b>S037</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim, todos         <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns         <input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum       </div> <p style="text-align: center;">(Se S37=1, passe ao S39)</p>			
<p>S38. Qual o principal motivo da sra não ter conseguido fazer todos os exames de ultras-sonografia solicitados? <b>S038</b></p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 01. Não conseguiu marcar         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 06. O serviço de saúde era muito distante         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 10. Não havia equipamento disponível no serviço de saúde         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 02. Não achou necessário         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 11. O plano de saúde não cobria todos os exames         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 03. Não sabia quem procurar ou aonde ir         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 08. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 12. Outro (Especifique: <b>S03801</b>)         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 04. Estava com dificuldades financeiras         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 09. Não havia especialista no serviço de saúde para fazer o exame         </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 05. Teve dificuldades de transporte         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se S37 = 3, passe ao S42. Caso contrário, siga S39.)</p>			
<p>S39. Os exames de ultrassonografia foram cobertos por algum plano de saúde? (Leia as opções de resposta) <b>S039</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim, todos         <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns         <input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum       </div> <p style="text-align: center;">(siga S40)</p>		<p>S40. A sra pagou algum valor pelos exames de ultrassonografia? <b>S040</b></p> <p><i>(Entrevistador: Se a entrevistada responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim         <input type="checkbox"/> 2. Não       </div> <p style="text-align: center;">(siga S41)</p>	
<p>S41. Os exames de ultrassonografia foram feitos através do Sistema Único de Saúde (SUS)? (Leia as opções de resposta) <b>S041</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim, todos         <input type="checkbox"/> 2. Sim, alguns         <input type="checkbox"/> 3. Não, nenhum         <input type="checkbox"/> 4. Não sabe       </div> <p style="text-align: center;">(siga S42)</p>		<p>S42. Quanto tempo antes do parto foi a sua última consulta de pré-natal? (Leia as opções de resposta) <b>S042</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 1. Menos de 7 dias         <input type="checkbox"/> 2. De 7 a 14 dias         <input type="checkbox"/> 3. De 15 a 30 dias         <input type="checkbox"/> 4. Mais de 30 dias         <input type="checkbox"/> 5. Não sabe, não lembra       </div> <p style="text-align: center;">(siga S43)</p>	



<p>S43. Com quantas semanas de gravidez a sra estava na última consulta de pré-natal?</p> <p><b>S043</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> </div> <p>88. Não sabe</p> <p>Semanas</p> <p>(siga S44)</p>	<p>S44. Qual o seu peso antes de engravidar?</p> <p><b>S044</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 15px; height: 10px;"></div> <div style="width: 15px; height: 10px;"></div> <div style="width: 15px; height: 10px;"></div> </div> <p>0. Não sabe</p> <p>Quilograma</p> <p>(siga S45)</p>	<p>S45. Quantos quilos a sra engordou na gestação? )</p> <p><b>S045</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 15px; height: 10px;"></div> <div style="width: 15px; height: 10px;"></div> <div style="width: 15px; height: 10px;"></div> </div> <p>0. Não sabe</p> <p>888. Não engordou</p> <p>Quilograma</p> <p>(siga S46)</p>
---	--	---

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

<p>S46. Quem a atendeu no último parto?(Leia as opções de resposta) <b>S046</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Médico  <input type="checkbox"/> 2. Enfermeira  <input type="checkbox"/> 3. Parteira  <input type="checkbox"/> 4. Auxiliar de enfermagem         </div> <div> <input type="checkbox"/> 5. Estudantes de enfermagem ou medicina  <input type="checkbox"/> 6. Doula  <input type="checkbox"/> 7. Outra pessoa (parente, amigo, vizinho) sem treinamento  <input type="checkbox"/> 8. Ninguém         </div> </div> <p align="center">(siga S47)</p>		<p>S47. Onde foi realizado o seu último parto?(Leia as opções de resposta) <b>S047</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Hospital ou maternidade  <input type="checkbox"/> 2. Casa de parto  <input type="checkbox"/> 3. Outro tipo de serviço de saúde         </div> <div> <input type="checkbox"/> 4. Em casa  <input type="checkbox"/> 5. Outro (Especifique: <b>S04701</b>)         </div> </div> <p align="center">(Se S47=1 a 3, siga S48. Se S47=4 ou 5, passe ao S56.)</p>	
<p>S48. O parto foi realizado no estabelecimento de saúde indicado no pré-natal? <b>S048</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 3. Não houve indicação         </div> </div> <p align="center">(siga S49)</p>	<p>S49. O parto foi realizado no primeiro estabelecimento de saúde que procurou? <b>S049</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> <p align="center">(Se S49=1, passe ao S51.)</p>	<p>S50. Quantos estabelecimentos de saúde a sra teve que ir até conseguir a internação para o parto? <b>S050</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> </div> <p align="center">Estabelecimentos</p> <p align="center">(siga S51)</p>	<p>S51. O parto foi coberto por algum plano de saúde? <b>S051</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> <p align="center">(siga S52)</p>
<p>S52. A sra pagou algum valor pelo parto? <i>(Entrevistador: Se a entrevistada responder que pagou, mais teve reembolso total, marque a opção)</i> <b>S052</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> <p align="center">(siga S53)</p>	<p>S53. O parto foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)? <b>S053</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 3. Não sabe         </div> </div> <p align="center">(siga S54)</p>	<p>S54. O seu companheiro ou alguma pessoa da família, ou amiga ficou com a sra durante o trabalho de parto? <b>S054</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> <p align="center">(Se S54=1, passe ao S56.)</p>	<p>S55. Por que a sra não teve acompanhante durante o trabalho de parto? (Leia as opções de resposta) <b>S055</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Não sabia que podia  <input type="checkbox"/> 2. Não quis  <input type="checkbox"/> 3. Não deixaram  <input type="checkbox"/> 4. Não tinha quem a acompanhasse         </div> </div> <p align="center">(siga S56)</p>
<p>S56. O seu parto foi: (Leia as opções de resposta) <b>S056</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Vaginal  <input type="checkbox"/> 2. Cesáreo         </div> </div> <p align="center">(Se S56=1, passe ao S59.)</p>		<p>S57. A cesariana foi marcada com antecedência, durante o pré-natal? <b>S057</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> </div> <p align="center">(siga S58)</p>	
<p>S58. Qual o principal motivo da sra ter tido parto cesáreo? (Leia as opções de resposta) <b>S058</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Já tinha um parto cesáreo anterior  <input type="checkbox"/> 2. Queria ligar as trompas  <input type="checkbox"/> 3. Não queria sentir a dor do parto/Por ser mais conveniente         </div> <div> <input type="checkbox"/> 4. Por escolha do médico durante o pré-natal  <input type="checkbox"/> 5. Indicação médica por complicações na gravidez ou no trabalho de parto         </div> <div> <input type="checkbox"/> 6. Indicação médica porque não entrou em trabalho de parto  <input type="checkbox"/> 7. Outro (Especifique: <b>S05801</b>)         </div> </div> <p align="center">(siga S59)</p>			
<p>S59. Quantas semanas de gravidez a sra tinha no momento do parto? <b>S059</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> </div> <p>Semanas</p> <p>0. Não sabe</p> <p align="center">(siga S60)</p>		<p>S60. Qual o peso do bebê ao nascer? <b>S060</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 15px; height: 10px;"></div> <div style="width: 15px; height: 10px;"></div> <div style="width: 15px; height: 10px;"></div> </div> <p>Gramas</p> <p>0. Não sabe</p> <p align="center">(siga S61)</p>	
<p>S61. O bebê nasceu vivo? <b>S061</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Sim, mas morreu depois  <input type="checkbox"/> 3. Não, nasceu morto         </div> </div> <p align="center">(Se S61=3, passe ao S64.)</p>		<p>S62. Após o parto, para onde o bebê foi encaminhado(a)? <b>S062</b> (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1. Alojamento conjunto  <input type="checkbox"/> 2. Berçário  <input type="checkbox"/> 3. UI (Unidade Intermediária)  <input type="checkbox"/> 4. UTI (Unidade de Tratamento Intensivo)         </div> <div> <input type="checkbox"/> 5. Transferido para outro estabelecimento de saúde  <input type="checkbox"/> 6. Outro (Especifique: <b>S06201</b>)         </div> </div> <p align="center">(Se S61 = 1, passe ao S64. Caso contrário, siga 63.)</p>	

<p>S63. Com que idade o bebê morreu? <b>S06302</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>S06301</b> <input style="display: inline-block; vertical-align: middle;" type="text"/> <input style="display: inline-block; vertical-align: middle;" type="text"/></p> <p>Horas</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><input style="display: inline-block; vertical-align: middle;" type="text"/> <input style="display: inline-block; vertical-align: middle;" type="text"/></p> <p>Dias</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><input style="display: inline-block; vertical-align: middle;" type="text"/> <input style="display: inline-block; vertical-align: middle;" type="text"/></p> <p>Meses</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga S64)</p>	<p>S64. A sra fez consulta de puerpério (consulta com médico ou enfermeiro até 42 dias após o parto)?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim <b>S064</b></p> </div> <div style="width: 30%;"> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, apesar de ter recebido orientação para fazer</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, pois não recebeu orientação para fazer</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(Encerre o módulo. Passe ao Módulo U)</p>
--	--

## Módulo U. Saúde Bucal

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

<p>U1. Com que frequência o(a) sr(a) escova os dentes?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca escovei os dentes <b>U001</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não escovo todos os dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 1 vez por dia</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 4. 2 vezes ou mais por dia</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não se aplica / Morador não tinha dente nenhum</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se U1 = 1 ou 5, passe ao U5.)</p>	<p>U2. O que o(a) sr(a) usa para fazer a limpeza de sua boca? (Leia as opções de resposta)</p> <p>a. Escova de dente? <b>U00201</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga U2b)</p> <p>b. Pasta de dente? <b>U00202</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (siga U2c)</p> <p>c. Fio dental? <b>U00203</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p style="text-align: center;">(siga U4)</p>
<p>U4. Com que frequência o(a) sr(a) troca a sua escova de dente por uma nova? (Leia as opções de resposta) <b>U004</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Com menos de 3 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Entre 3 meses e menos de 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Entre 6 meses e menos de 1 ano</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 4. Com mais de um ano</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Nunca trocou</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga U5)</p>	<p>U5. Em geral, como o(a) sr(a) avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas)? (Leia as opções de resposta) <b>U005</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Muito Boa</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Boa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Regular</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 4. Ruim</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Muito ruim</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga U6)</p>
<p>U6. Que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para se alimentar por causa de problemas com seus dentes ou dentadura?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhum <b>U006</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Leve</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Regular</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Intenso</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Muito intenso</p> <p style="font-size: small;">(Se J13=1, siga U9. Se J13#1, passe ao U23.)</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>U9. Qual o principal motivo da sua última consulta ao dentista? (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 01. Limpeza, revisão, manutenção ou prevenção</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Dor de dente</p> <p><input type="checkbox"/> 03. Extração</p> <p><input type="checkbox"/> 04. Tratamento dentário</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Problema na gengiva</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Tratamento de ferida na boca</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 07. Implante dentário</p> <p><input type="checkbox"/> 08. Aparelho nos dentes (ortodôntico)</p> <p><input type="checkbox"/> 09. Colocação/manutenção de prótese ou dentadura</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Fazer radiografia</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Fazer o orçamento do tratamento</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Outro (Especifique: <b>U00901</b>)</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga U10)</p> </div> </div>	<p>U10. Onde foi a última consulta odontológica? <b>U010</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)</p> <p><input type="checkbox"/> 02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica</p> <p><input type="checkbox"/> 03. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)</p> <p><input type="checkbox"/> 04. CEO – Centro de Especialidades Odontológicas</p> <p><input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)</p> <p><input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambatório</p> <p><input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada</p> <p><input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Outro (Especifique: <b>U01001</b>)</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga U11)</p>
<p>U11. O local onde o(a) sr(a) teve atendimento odontológico fica: <b>U011</b> (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Na mesma cidade que o(a) sr(a) mora</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Em outra cidade</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>U14. Como o(a) sr(a) conseguiu a consulta odontológica? (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Agendou a consulta previamente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 4. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) pela Unidade Básica de Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Outro (Especifique: <b>U01401</b>)</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se U14 = 1, 3, 4, 5 ou 6, passe ao U17. Se U14=2, siga U15.)</p> </div> </div>	<p>U15. Como foi feito o agendamento? (Leia as opções de resposta) <b>U015</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Deixou agendado em consulta anterior</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Por meio de visita à unidade de saúde para marcação de consulta</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Por telefone</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> 4. Agendamento virtual, pela internet</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outro (Especifique: <b>U01501</b>)</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga U17.)</p>

<p>U17. Qual o tempo total que o(a) sr(a) ficou em fila de espera desde a hora que chegou ao serviço de saúde até conseguir o atendimento com dentista?</p> <p><b>U01701U01702</b> <i>Preencher com as horas e/ou minutos que ficou esperando em fila de espera desde a hora que chegou no serviço de saúde até conseguir o atendimento.</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>  Horas         </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>  Minutos         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga U18)</p>		<p>U18. Quanto tempo durou a consulta odontológica?</p> <p><b>U01801U01802</b> <i>Preencher com as horas e/ou minutos que durou a consulta odontológica.</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>  Horas         </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>  Minutos         </div> </div> <p style="text-align: center;">(siga U19)</p>	
<p>U19. A consulta odontológica foi coberta por algum plano de saúde?</p> <p><i>(Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><b>U019</b></p> <p style="text-align: center;">(siga U20)</p> </div> </div>	<p>U20. O(A) sr(a) pagou algum valor pela consulta odontológica?</p> <p><b>U020</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p style="text-align: center;">(siga U21)</p> </div> </div>	<p>U21. A consulta odontológica foi feita pelo SUS?</p> <p><b>U021</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 3. Não sabe         </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p style="text-align: center;">(siga U22)</p> </div> </div>	<p>U22. De forma geral, como o(a) sr(a) avalia o atendimento recebido?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Muito bom  <input type="checkbox"/> 2. Bom  <input type="checkbox"/> 3. Regular         </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><input type="checkbox"/> 4. Ruim  <input type="checkbox"/> 5. Muito ruim</p> <p><b>U022</b></p> <p style="text-align: center;">(siga U23)</p> </div> </div>
<p>U23. Lembrando-se dos seus dentes de cima, o(a) sr(a) perdeu algum dente?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Não  <input type="checkbox"/> 2. Sim, perdi         </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><input type="checkbox"/> 3. Sim, perdi todos os dentes de cima</p> <p><b>U02301</b> <b>U023</b></p> <p style="text-align: center;">(siga U24)</p> </div> </div>		<p>U24. Lembrando-se dos seus dentes de baixo, o(a) sr(a) perdeu algum dente?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Não  <input type="checkbox"/> 2. Sim, perdi         </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><input type="checkbox"/> 3. Sim, perdi todos os dentes de baixo</p> <p><b>U02401</b> <b>U024</b></p> <p style="text-align: center;">(siga U25)</p> </div> </div>	

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

<p>U25. O(A) sr(a) usa algum tipo de prótese dentária (dente artificial)?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Não  <input type="checkbox"/> 2. Sim, para substituir um dente  <input type="checkbox"/> 3. Sim, para substituir mais de um dente         </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><b>U025</b></p> <p><input type="checkbox"/> 4. Sim, prótese dentária total (dentadura/chapa) em cima  <input type="checkbox"/> 5. Sim, prótese dentária total (dentadura/chapa) em baixo  <input type="checkbox"/> 6. Sim, próteses dentárias totais (dentaduras/chapas) em cima e em baixo</p> <p style="text-align: center;">(Encerre o módulo. Passe ao Módulo X.)</p> </div> </div>
---

## Módulo X. Atendimento médico

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

<p>X1. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) consultou um médico? <b>X001</b> (Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Há menos de 2 semanas  <input type="checkbox"/> 2. Entre 15 dias e um mês  <input type="checkbox"/> 3. Entre um mês e 3 meses atrás         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 4. Entre três meses e um ano  <input type="checkbox"/> 5. Há mais de um ano  <input type="checkbox"/> 6. Nunca foi ao médico         </div> </div> <p style="text-align: center;">(Se X1= 6, passe ao X25.)</p>		<p>X2. Por qual motivo o(a) sr(a) precisou consultar um médico?(Leia as opções de resposta)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Acidente ou lesão  <input type="checkbox"/> 2. Continuação de tratamento ou terapia  <input type="checkbox"/> 3. Consulta pré-natal  <input type="checkbox"/> 4. Exame médico periódico  <input type="checkbox"/> 5. Outro exame médico (admissional, para carteira de motorista, etc.)         </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><input type="checkbox"/> 6. Problema de saúde mental  <input type="checkbox"/> 7. Doença ou outro problema de saúde  <input type="checkbox"/> 8. Outro (Especifique: _____)</p> <p><b>X00201</b></p> <p style="text-align: center;">(siga X3)</p> </div> </div>	
<p>X3. Onde procurou o primeiro atendimento médico por este motivo? <b>X003</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)  <input type="checkbox"/> 02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica  <input type="checkbox"/> 03. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  <input type="checkbox"/> 04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)  <input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)  <input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público  <input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada  <input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato  <input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado  <input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular  <input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família  <input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: <b>X00301</b> _____)</div> </div> <p style="text-align: center;">(siga X4)</p>			
<p>X4. Na primeira vez que procurou atendimento médico por este motivo, o(a) sr(a) conseguiu ser atendido? <b>X004</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não         </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p style="text-align: center;">(Se X4 = 2, siga X5.) (Se X4 = 1 e X3 ≠ 11 ou 12, passe ao X8.) (Se X4 = 1 e X3 = 11 ou 12, passe ao X15.)</p> </div> </div>		<p>X5. Quantas vezes voltou a procurar atendimento médico por este motivo?(Leia as opções de resposta)</p> <p><b>X005</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>  Vezes         </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><input type="checkbox"/> 0. Nenhuma / desistiu</p> <p style="text-align: center;">(Se X5 = 00, passe ao X24. Caso contrário, siga X6.)</p> </div> </div>	
<p>X6. O(A) sr(a) conseguiu o atendimento médico que precisava?(Leia as opções de resposta) <b>X006</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não, mas continua tentando         </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><input type="checkbox"/> 3. Não, desistiu</p> <p style="text-align: center;">(Se X6=1, siga X7. Se X6=2, passe ao X25. Se X6=3, passe ao X24.)</p> </div> </div>			

<p><b>X7. Onde conseguiu o atendimento médico por este motivo? X007</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)  <input type="checkbox"/> 02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica  <input type="checkbox"/> 03. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)  <input type="checkbox"/> 04. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  <input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)  <input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público  <input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório             </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada  <input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato  <input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado  <input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular  <input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família  <input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: <b>X00701</b>)             </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Se X7 = 01 ao 10 ou 13, siga X8. Se X7 = 11 ou 12, passe ao X15.)</p>						<input type="checkbox"/> 01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) <input type="checkbox"/> 02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica <input type="checkbox"/> 03. UPA (Unidade de Pronto Atendimento) <input type="checkbox"/> 04. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial <input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas) <input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público <input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório	<input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada <input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato <input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado <input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular <input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família <input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: <b>X00701</b> )																																																				
<input type="checkbox"/> 01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) <input type="checkbox"/> 02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica <input type="checkbox"/> 03. UPA (Unidade de Pronto Atendimento) <input type="checkbox"/> 04. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial <input type="checkbox"/> 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas) <input type="checkbox"/> 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público <input type="checkbox"/> 07. Hospital público/ambulatório	<input type="checkbox"/> 08. Consultório particular ou clínica privada <input type="checkbox"/> 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato <input type="checkbox"/> 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado <input type="checkbox"/> 11. No domicílio, com médico particular <input type="checkbox"/> 12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família <input type="checkbox"/> 13. Outro (Especifique: <b>X00701</b> )																																																										
<p><b>X8. Onde fica o serviço de saúde em que o(a) sr(a) teve a consulta médica? X008</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Na mesma cidade que o(a) sr(a) mora  <input type="checkbox"/> 2. Em outra cidade             </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>X11. Como o(a) sr(a) conseguiu a consulta médica?(Leia as opções de resposta) X011</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta  <input type="checkbox"/> 2. Agendou a consulta previamente  <input type="checkbox"/> 3. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família  <input type="checkbox"/> 4. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por Unidade Básica de Saúde                 </td> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 5. Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde  <input type="checkbox"/> 6. Exame periódico pago ou encaminhado pelo empregador  <input type="checkbox"/> 7. Atendimento de emergência  <input type="checkbox"/> 8. Outro (Especifique: <b>X01101</b>)                 </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Se X11=2 ou 8, siga X12. Se X11=1, 3, 4, 5, 6 ou 7, passe ao X14.)</p> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga X11)</p>		<input type="checkbox"/> 1. Na mesma cidade que o(a) sr(a) mora <input type="checkbox"/> 2. Em outra cidade	<p><b>X11. Como o(a) sr(a) conseguiu a consulta médica?(Leia as opções de resposta) X011</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta  <input type="checkbox"/> 2. Agendou a consulta previamente  <input type="checkbox"/> 3. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família  <input type="checkbox"/> 4. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por Unidade Básica de Saúde                 </td> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 5. Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde  <input type="checkbox"/> 6. Exame periódico pago ou encaminhado pelo empregador  <input type="checkbox"/> 7. Atendimento de emergência  <input type="checkbox"/> 8. Outro (Especifique: <b>X01101</b>)                 </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Se X11=2 ou 8, siga X12. Se X11=1, 3, 4, 5, 6 ou 7, passe ao X14.)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta <input type="checkbox"/> 2. Agendou a consulta previamente <input type="checkbox"/> 3. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família <input type="checkbox"/> 4. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por Unidade Básica de Saúde	<input type="checkbox"/> 5. Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde <input type="checkbox"/> 6. Exame periódico pago ou encaminhado pelo empregador <input type="checkbox"/> 7. Atendimento de emergência <input type="checkbox"/> 8. Outro (Especifique: <b>X01101</b> )																																																						
<input type="checkbox"/> 1. Na mesma cidade que o(a) sr(a) mora <input type="checkbox"/> 2. Em outra cidade	<p><b>X11. Como o(a) sr(a) conseguiu a consulta médica?(Leia as opções de resposta) X011</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta  <input type="checkbox"/> 2. Agendou a consulta previamente  <input type="checkbox"/> 3. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família  <input type="checkbox"/> 4. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por Unidade Básica de Saúde                 </td> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 5. Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde  <input type="checkbox"/> 6. Exame periódico pago ou encaminhado pelo empregador  <input type="checkbox"/> 7. Atendimento de emergência  <input type="checkbox"/> 8. Outro (Especifique: <b>X01101</b>)                 </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Se X11=2 ou 8, siga X12. Se X11=1, 3, 4, 5, 6 ou 7, passe ao X14.)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta <input type="checkbox"/> 2. Agendou a consulta previamente <input type="checkbox"/> 3. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família <input type="checkbox"/> 4. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por Unidade Básica de Saúde	<input type="checkbox"/> 5. Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde <input type="checkbox"/> 6. Exame periódico pago ou encaminhado pelo empregador <input type="checkbox"/> 7. Atendimento de emergência <input type="checkbox"/> 8. Outro (Especifique: <b>X01101</b> )																																																								
<input type="checkbox"/> 1. Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta <input type="checkbox"/> 2. Agendou a consulta previamente <input type="checkbox"/> 3. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família <input type="checkbox"/> 4. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por Unidade Básica de Saúde	<input type="checkbox"/> 5. Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde <input type="checkbox"/> 6. Exame periódico pago ou encaminhado pelo empregador <input type="checkbox"/> 7. Atendimento de emergência <input type="checkbox"/> 8. Outro (Especifique: <b>X01101</b> )																																																										
<p><b>X12. Como foi feito o agendamento? X012</b> (Leia as opções de resposta)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Deixou agendado em consulta anterior  <input type="checkbox"/> 2. Por meio de visita à unidade de saúde para marcação de consulta  <input type="checkbox"/> 3. Por telefone  <input type="checkbox"/> 4. Agendamento virtual, pela internet  <input type="checkbox"/> 5. Outra forma (Especifique: <b>X01201</b>)             </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>X14. Qual o tempo total que o(a) sr(a) ficou em fila de espera desde a hora que chegou ao serviço de saúde até conseguir o atendimento com médico? X01401 X01402</b></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Horas</td> <td colspan="2">Minutos</td> </tr> </table> <p><i>Preencher com as horas e/ou minutos que ficou esperando em fila de espera desde a hora que chegou no serviço de saúde até conseguir o atendimento.</i></p> <p style="text-align: center;">(siga X15)</p> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga X14)</p>		<input type="checkbox"/> 1. Deixou agendado em consulta anterior <input type="checkbox"/> 2. Por meio de visita à unidade de saúde para marcação de consulta <input type="checkbox"/> 3. Por telefone <input type="checkbox"/> 4. Agendamento virtual, pela internet <input type="checkbox"/> 5. Outra forma (Especifique: <b>X01201</b> )	<p><b>X14. Qual o tempo total que o(a) sr(a) ficou em fila de espera desde a hora que chegou ao serviço de saúde até conseguir o atendimento com médico? X01401 X01402</b></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Horas</td> <td colspan="2">Minutos</td> </tr> </table> <p><i>Preencher com as horas e/ou minutos que ficou esperando em fila de espera desde a hora que chegou no serviço de saúde até conseguir o atendimento.</i></p> <p style="text-align: center;">(siga X15)</p>					Horas		Minutos		<p><b>X15. Quanto tempo durou a consulta médica? X01501 X01502</b></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Horas</td> <td colspan="2">Minutos</td> </tr> </table> <p><i>Preencher com as horas e/ou minutos que durou a consulta médica..</i></p> <p style="text-align: center;">(siga X16)</p>						Horas		Minutos																																							
<input type="checkbox"/> 1. Deixou agendado em consulta anterior <input type="checkbox"/> 2. Por meio de visita à unidade de saúde para marcação de consulta <input type="checkbox"/> 3. Por telefone <input type="checkbox"/> 4. Agendamento virtual, pela internet <input type="checkbox"/> 5. Outra forma (Especifique: <b>X01201</b> )	<p><b>X14. Qual o tempo total que o(a) sr(a) ficou em fila de espera desde a hora que chegou ao serviço de saúde até conseguir o atendimento com médico? X01401 X01402</b></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Horas</td> <td colspan="2">Minutos</td> </tr> </table> <p><i>Preencher com as horas e/ou minutos que ficou esperando em fila de espera desde a hora que chegou no serviço de saúde até conseguir o atendimento.</i></p> <p style="text-align: center;">(siga X15)</p>					Horas		Minutos																																																			
Horas		Minutos																																																									
Horas		Minutos																																																									
<p><b>X16. Que tipo de médico o/a atendeu? (Leia as opções de resposta) X016</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Médico da família ou generalista  <input type="checkbox"/> 2. Clínico geral  <input type="checkbox"/> 3. Ginecologista  <input type="checkbox"/> 4. Médico especialista (cardiologista, nefrologista, oftalmologista, dermatologista, urologista, oncologista, otorrinolaringologista, etc.)  <input type="checkbox"/> 5. Outra forma (Especifique: <b>X01601</b>)             </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>X17. A consulta médica foi coberta por plano de saúde? X017</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>X18. O(A) sr(a) pagou algum valor pela consulta médica? X018</b> (Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque opção 2)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>X19. A consulta médica foi feita pelo SUS? X019</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 3. Não sabe                 </td> <td style="width: 50%;"> <p>(Se X3 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X3 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> <p>(Se X7 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X7 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga X17)</p> </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <p><b>X20. De um modo geral, como o(a) sr(a) avalia o atendimento recebido quanto: (Leia as opções de resposta)</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">a. À disponibilidade de equipamentos necessários para a consulta médica?</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1. Muito bom</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2. Bom</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3. Regular</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">4. Ruim</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">5. Muito ruim</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">(siga X20b)</td> </tr> <tr> <td>b. Ao espaço disponível para a consulta médica?</td> <td style="text-align: center;">1. Muito bom</td> <td style="text-align: center;">2. Bom</td> <td style="text-align: center;">3. Regular</td> <td style="text-align: center;">4. Ruim</td> <td style="text-align: center;">5. Muito ruim</td> <td style="text-align: right;">(siga X20c)</td> </tr> <tr> <td>c. Ao tempo gasto com deslocamento?</td> <td style="text-align: center;">1. Muito bom</td> <td style="text-align: center;">2. Bom</td> <td style="text-align: center;">3. Regular</td> <td style="text-align: center;">4. Ruim</td> <td style="text-align: center;">5. Muito ruim</td> <td style="text-align: right;">(siga X20d)</td> </tr> <tr> <td>d. Ao tempo de espera até ser atendido?</td> <td style="text-align: center;">1. Muito bom</td> <td style="text-align: center;">2. Bom</td> <td style="text-align: center;">3. Regular</td> <td style="text-align: center;">4. Ruim</td> <td style="text-align: center;">5. Muito ruim</td> <td style="text-align: right;">(siga X20e)</td> </tr> <tr> <td>e. À forma como os atendentes o/a receberam?</td> <td style="text-align: center;">1. Muito bom</td> <td style="text-align: center;">2. Bom</td> <td style="text-align: center;">3. Regular</td> <td style="text-align: center;">4. Ruim</td> <td style="text-align: center;">5. Muito ruim</td> <td style="text-align: right;">(siga X20f)</td> </tr> <tr> <td>f. À limpeza das instalações, incluindo os banheiros?</td> <td style="text-align: center;">1. Muito bom</td> <td style="text-align: center;">2. Bom</td> <td style="text-align: center;">3. Regular</td> <td style="text-align: center;">4. Ruim</td> <td style="text-align: center;">5. Muito ruim</td> <td style="text-align: right;">(siga X22)</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>X02006</b></p> </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 1. Médico da família ou generalista <input type="checkbox"/> 2. Clínico geral <input type="checkbox"/> 3. Ginecologista <input type="checkbox"/> 4. Médico especialista (cardiologista, nefrologista, oftalmologista, dermatologista, urologista, oncologista, otorrinolaringologista, etc.) <input type="checkbox"/> 5. Outra forma (Especifique: <b>X01601</b> )	<p><b>X17. A consulta médica foi coberta por plano de saúde? X017</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>X18. O(A) sr(a) pagou algum valor pela consulta médica? X018</b> (Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque opção 2)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>X19. A consulta médica foi feita pelo SUS? X019</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 3. Não sabe                 </td> <td style="width: 50%;"> <p>(Se X3 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X3 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> <p>(Se X7 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X7 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga X17)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<p><b>X18. O(A) sr(a) pagou algum valor pela consulta médica? X018</b> (Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque opção 2)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>X19. A consulta médica foi feita pelo SUS? X019</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 3. Não sabe                 </td> <td style="width: 50%;"> <p>(Se X3 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X3 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> <p>(Se X7 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X7 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<p><b>X19. A consulta médica foi feita pelo SUS? X019</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 3. Não sabe                 </td> <td style="width: 50%;"> <p>(Se X3 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X3 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> <p>(Se X7 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X7 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe	<p>(Se X3 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X3 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> <p>(Se X7 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X7 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p>			<p><b>X20. De um modo geral, como o(a) sr(a) avalia o atendimento recebido quanto: (Leia as opções de resposta)</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">a. À disponibilidade de equipamentos necessários para a consulta médica?</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1. Muito bom</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2. Bom</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3. Regular</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">4. Ruim</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">5. Muito ruim</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">(siga X20b)</td> </tr> <tr> <td>b. Ao espaço disponível para a consulta médica?</td> <td style="text-align: center;">1. Muito bom</td> <td style="text-align: center;">2. Bom</td> <td style="text-align: center;">3. Regular</td> <td style="text-align: center;">4. Ruim</td> <td style="text-align: center;">5. Muito ruim</td> <td style="text-align: right;">(siga X20c)</td> </tr> <tr> <td>c. Ao tempo gasto com deslocamento?</td> <td style="text-align: center;">1. Muito bom</td> <td style="text-align: center;">2. Bom</td> <td style="text-align: center;">3. Regular</td> <td style="text-align: center;">4. Ruim</td> <td style="text-align: center;">5. Muito ruim</td> <td style="text-align: right;">(siga X20d)</td> </tr> <tr> <td>d. Ao tempo de espera até ser atendido?</td> <td style="text-align: center;">1. Muito bom</td> <td style="text-align: center;">2. Bom</td> <td style="text-align: center;">3. Regular</td> <td style="text-align: center;">4. Ruim</td> <td style="text-align: center;">5. Muito ruim</td> <td style="text-align: right;">(siga X20e)</td> </tr> <tr> <td>e. À forma como os atendentes o/a receberam?</td> <td style="text-align: center;">1. Muito bom</td> <td style="text-align: center;">2. Bom</td> <td style="text-align: center;">3. Regular</td> <td style="text-align: center;">4. Ruim</td> <td style="text-align: center;">5. Muito ruim</td> <td style="text-align: right;">(siga X20f)</td> </tr> <tr> <td>f. À limpeza das instalações, incluindo os banheiros?</td> <td style="text-align: center;">1. Muito bom</td> <td style="text-align: center;">2. Bom</td> <td style="text-align: center;">3. Regular</td> <td style="text-align: center;">4. Ruim</td> <td style="text-align: center;">5. Muito ruim</td> <td style="text-align: right;">(siga X22)</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>X02006</b></p>						a. À disponibilidade de equipamentos necessários para a consulta médica?	1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	5. Muito ruim	(siga X20b)	b. Ao espaço disponível para a consulta médica?	1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	5. Muito ruim	(siga X20c)	c. Ao tempo gasto com deslocamento?	1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	5. Muito ruim	(siga X20d)	d. Ao tempo de espera até ser atendido?	1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	5. Muito ruim	(siga X20e)	e. À forma como os atendentes o/a receberam?	1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	5. Muito ruim	(siga X20f)	f. À limpeza das instalações, incluindo os banheiros?	1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	5. Muito ruim	(siga X22)
<input type="checkbox"/> 1. Médico da família ou generalista <input type="checkbox"/> 2. Clínico geral <input type="checkbox"/> 3. Ginecologista <input type="checkbox"/> 4. Médico especialista (cardiologista, nefrologista, oftalmologista, dermatologista, urologista, oncologista, otorrinolaringologista, etc.) <input type="checkbox"/> 5. Outra forma (Especifique: <b>X01601</b> )	<p><b>X17. A consulta médica foi coberta por plano de saúde? X017</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>X18. O(A) sr(a) pagou algum valor pela consulta médica? X018</b> (Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque opção 2)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>X19. A consulta médica foi feita pelo SUS? X019</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 3. Não sabe                 </td> <td style="width: 50%;"> <p>(Se X3 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X3 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> <p>(Se X7 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X7 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(siga X17)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<p><b>X18. O(A) sr(a) pagou algum valor pela consulta médica? X018</b> (Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque opção 2)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>X19. A consulta médica foi feita pelo SUS? X019</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 3. Não sabe                 </td> <td style="width: 50%;"> <p>(Se X3 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X3 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> <p>(Se X7 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X7 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<p><b>X19. A consulta médica foi feita pelo SUS? X019</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 3. Não sabe                 </td> <td style="width: 50%;"> <p>(Se X3 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X3 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> <p>(Se X7 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X7 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe	<p>(Se X3 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X3 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> <p>(Se X7 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X7 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p>																																																				
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<p><b>X18. O(A) sr(a) pagou algum valor pela consulta médica? X018</b> (Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque opção 2)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>X19. A consulta médica foi feita pelo SUS? X019</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 3. Não sabe                 </td> <td style="width: 50%;"> <p>(Se X3 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X3 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> <p>(Se X7 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X7 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<p><b>X19. A consulta médica foi feita pelo SUS? X019</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 3. Não sabe                 </td> <td style="width: 50%;"> <p>(Se X3 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X3 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> <p>(Se X7 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X7 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe	<p>(Se X3 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X3 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> <p>(Se X7 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X7 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p>																																																						
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<p><b>X19. A consulta médica foi feita pelo SUS? X019</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 1. Sim  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 3. Não sabe                 </td> <td style="width: 50%;"> <p>(Se X3 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X3 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> <p>(Se X7 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X7 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe	<p>(Se X3 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X3 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> <p>(Se X7 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X7 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p>																																																								
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sabe	<p>(Se X3 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X3 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p> <p>(Se X7 = 11 ou 12, passe ao X22. Se X7 ≠ 11 ou 12, siga X20.)</p>																																																										
<p><b>X20. De um modo geral, como o(a) sr(a) avalia o atendimento recebido quanto: (Leia as opções de resposta)</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">a. À disponibilidade de equipamentos necessários para a consulta médica?</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1. Muito bom</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2. Bom</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3. Regular</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">4. Ruim</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">5. Muito ruim</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">(siga X20b)</td> </tr> <tr> <td>b. Ao espaço disponível para a consulta médica?</td> <td style="text-align: center;">1. Muito bom</td> <td style="text-align: center;">2. Bom</td> <td style="text-align: center;">3. Regular</td> <td style="text-align: center;">4. Ruim</td> <td style="text-align: center;">5. Muito ruim</td> <td style="text-align: right;">(siga X20c)</td> </tr> <tr> <td>c. Ao tempo gasto com deslocamento?</td> <td style="text-align: center;">1. Muito bom</td> <td style="text-align: center;">2. Bom</td> <td style="text-align: center;">3. Regular</td> <td style="text-align: center;">4. Ruim</td> <td style="text-align: center;">5. Muito ruim</td> <td style="text-align: right;">(siga X20d)</td> </tr> <tr> <td>d. Ao tempo de espera até ser atendido?</td> <td style="text-align: center;">1. Muito bom</td> <td style="text-align: center;">2. Bom</td> <td style="text-align: center;">3. Regular</td> <td style="text-align: center;">4. Ruim</td> <td style="text-align: center;">5. Muito ruim</td> <td style="text-align: right;">(siga X20e)</td> </tr> <tr> <td>e. À forma como os atendentes o/a receberam?</td> <td style="text-align: center;">1. Muito bom</td> <td style="text-align: center;">2. Bom</td> <td style="text-align: center;">3. Regular</td> <td style="text-align: center;">4. Ruim</td> <td style="text-align: center;">5. Muito ruim</td> <td style="text-align: right;">(siga X20f)</td> </tr> <tr> <td>f. À limpeza das instalações, incluindo os banheiros?</td> <td style="text-align: center;">1. Muito bom</td> <td style="text-align: center;">2. Bom</td> <td style="text-align: center;">3. Regular</td> <td style="text-align: center;">4. Ruim</td> <td style="text-align: center;">5. Muito ruim</td> <td style="text-align: right;">(siga X22)</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>X02006</b></p>						a. À disponibilidade de equipamentos necessários para a consulta médica?	1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	5. Muito ruim	(siga X20b)	b. Ao espaço disponível para a consulta médica?	1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	5. Muito ruim	(siga X20c)	c. Ao tempo gasto com deslocamento?	1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	5. Muito ruim	(siga X20d)	d. Ao tempo de espera até ser atendido?	1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	5. Muito ruim	(siga X20e)	e. À forma como os atendentes o/a receberam?	1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	5. Muito ruim	(siga X20f)	f. À limpeza das instalações, incluindo os banheiros?	1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	5. Muito ruim	(siga X22)												
a. À disponibilidade de equipamentos necessários para a consulta médica?	1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	5. Muito ruim	(siga X20b)																																																					
b. Ao espaço disponível para a consulta médica?	1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	5. Muito ruim	(siga X20c)																																																					
c. Ao tempo gasto com deslocamento?	1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	5. Muito ruim	(siga X20d)																																																					
d. Ao tempo de espera até ser atendido?	1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	5. Muito ruim	(siga X20e)																																																					
e. À forma como os atendentes o/a receberam?	1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	5. Muito ruim	(siga X20f)																																																					
f. À limpeza das instalações, incluindo os banheiros?	1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	5. Muito ruim	(siga X22)																																																					

