|  |
| --- |
| **BLOCO B – DOMICILIAR*****COMPOSIÇÃO DE RENDA/BENS E DESPESAS******Este bloco deve ser aplicado preferencialmente ao chefe da família*** |
| *Entrevistadora:* \_\_ \_\_*Data da entrevista:\_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**Horário de início da entrevista:*\_\_ \_\_:\_\_ \_\_*Número do distrito*: \_\_ \_\_*Número do setor: \_\_ \_\_**Número do núcleo: \_\_ \_\_**Número da família: \_\_ \_\_***IDENTIFICAR O RESPONDENTE (NOME): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| *<BOM DIA/ BOA TARDE>***. MEU NOME É** *<ENTREVISTADORA>***. ESTOU TRABALHANDO EM UMA PESQUISA SOBRE SAÚDE, REALIZADA PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. IREMOS ESTUDAR COMO ESTÁ A SAÚDE DOS ADULTOS MORADORES EM ÁREAS RURAIS DE PELOTAS. GOSTARIA DE CONVERSAR COM O(A) SR.(A) E É IMPORTANTE ESCLARECER QUE TODAS AS INFORMAÇÕES SÃO SIGILOSAS E SERÃO UTILIZADAS APENAS PARA ESSA PESQUISA. INICIALMENTE PRECISAMOS CONVERSAR COM O RESPONSÁVEL DA FAMÍLIA E DEPOIS PRECISAREMOS ENTREVISTAR OS MORADORES COM 18 ANOS DE IDADE OU MAIS.** |
| B001)**QUEM É O CHEFE DA SUA FAMÍLIA?**1. Próprio entrevistado
2. Pai
3. Mãe
4. Tio
5. Tia
6. Avô
7. Avó

(10) Irmão(11) Irmã(12) Marido/Esposa(13) Outro QUAL? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *[grau de parentesco com o entrevistado]*B002)**ATÉ QUE ANO DE ESTUDO** <O(A) SR(A)/ O CHEFE DA FAMÍLIA> **COMPLETOU?** \_\_ \_\_ série/ano [00 = completou faculdade ou mais / 88 = nunca estudou / 99 = IGN]Grau: *(marcar)*(1) fundamental(2) médio (3) curso técnico ou médio integrado (4) faculdade (5) especialização/residência(6) mestrado(7) doutorado (8) NSA – nunca estudou(9) IGNB003)**QUANTAS PESSOAS MORAM NESTE DOMICÍLIO?**\_\_ \_\_ moradores[99 = IGN]B004)**GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) ME DISSESSE O PRIMEIRO NOME DAS PESSOAS QUE MORAM NESTA CASA, COMEÇANDO PELO(A) SR(A). POR FAVOR, ME DIGA TAMBÉM A IDADE DELAS.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME:** | **QUAL A IDADE DO(A)** *<NOME>***?**[00 = menores de 1 ano] | Anotar o sexo: (1) Masculino(2) Feminino |
| 1) | 1)\_\_ \_\_ | 1) \_\_ |
| 2) | 2) \_\_ \_\_ | 2)\_\_ |
| 3) | 3) \_\_ \_\_ | 3) \_\_ |
| 4) | 4) \_\_ \_\_ | 4) \_\_ |
| 5) | 5) \_\_ \_\_ | 5) \_\_ |
| 6) | 6) \_\_ \_\_ | 6) \_\_ |

 |
| **AGORA VAMOS CONVERSAR UM POUCO SOBRE A ÁGUA E O ESGOTO DA SUA CASA.** |
| B005)**QUAL É A PRINCIPAL FORMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA DA SUA CASA?***Ler opções*(1) **Rede geral de distribuição do SANEP**(2) **Poço ou nascente na propriedade**(3) **Poço ou nascente fora da propriedade**(4) **Carro-pipa**(5) **Água da chuva armazenada em cisterna**(6) **Água da chuva armazenada de outro modo**(7) **Rio, lago**(10) Outro **QUAL?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(9) IGNB006)**DENTRO DA SUA CASA, TEM ÁGUA ENCANADA EM PELO MENOS UMA PEÇA?**(0) Não(1) Sim(9) IGNB007)**NA MAIORIA DAS VEZES, A ÁGUA QUE VOCÊS BEBEM NESTA CASA É...?** *Ler opções*(1) **Filtrada**(2) **Fervida**(3) **Filtrada e fervida**(4) **Água mineral industrializada de garrafa ou garrafão (*bombona*)**(5) **Direto da torneira / bica / poço**(9) IGNB008)**O QUE É FEITO COM O LIXO DOMÉSTICO DESTA CASA?**(1) Coletado por serviço de limpeza(2) Queimado na propriedade(3) Enterrado na propriedade(4) Jogado em terreno baldio ou logradouro(5) Jogado em rio ou lago(6) Outro **QUAL?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(9) IGN |
| **AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ITENS QUE POSSAM TER NA SUA CASA. TODOS OS APARELHOS QUE VOU CITAR DEVEM ESTAR FUNCIONANDO, INCLUINDO OS QUE ESTÃO GUARDADOS. CASO NÃO ESTEJAM FUNCIONANDO, POR FAVOR, ME AVISE.** |
| **ME DIGA SE NA SUA CASA TEM E QUANTOS TÊM:**B009) **ASPIRADOR DE PÓ?** (0)(1) (2) (3) (4+) (9) IGN |
| B010) **MÁQUINA DE LAVAR ROUPA? NÃO CONSIDERAR TANQUINHO**1. (1) (2)(3)(4+) (9) IGN

B011) **MÁQUINA DE SECAR ROUPA?** (0)(1) (2) (3) (4+) (9) IGNB012) **MÁQUINA DE LAVAR LOUÇA?** (0)(1) (2) (3) (4+) (9) IGN |
| B013) **DVD, INCLUINDO QUALQUER APARELHO QUE LEIA DVD, MAS SEM CONTAR ODE AUTOMÓVEL?** (0)(1) (2) (3) (4+) (9) IGNB014) **VIDEOCASSETE?** (0)(1) (2) (3) (4+) (9) IGN B015)**GELADEIRA?** (0)(1) (2) (3) (4+) (9) IGN |
| B016) **FREEZER OU GELADEIRA DUPLEX?** (0)(1) (2)(3) (4+) (9) IGNB017) **FORNO DE MICROONDAS?** (0)(1) (2) (3) (4+) (9) IGNB018) **COMPUTADOR DE MESA?** (0)(1) (2) (3) (4+) (9) IGN |
| B019) **COMPUTADOR PORTÁTIL (NOTEBOOK OU NETBOOK)?** *Não contar tablets, palms ou celular*1. (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
 |
| B020) **RÁDIO?** (0)(1) (2) (3) (4+) (9) IGNB021) **TELEVISÃO?** (0)(1) (2) (3) (4+) (9) IGN |
| B022) **APARELHO DE AR CONDICIONADO?**(0)(1)(2) (3) (4+) (9) IGNB023) **TV A CABO OU POR ASSINATURA?** *Não contar parabólica*(0) Não(1) Sim (9) IGNB024) **ACESSO À INTERNET?** *Sem contar do celular*(0) Não(1) Sim (9) IGN  |
| B025) **AUTOMÓVEL DE PASSEIO?** *Uso particular*1. (1) (2) (3) (4+) (9) IGN

B026) **MOTOCICLETA?** *Somente uso particular*1. (1) (2) (3) (4+) (9) IGN

***SE SIM NA B25 OU B26:***B027)**NO ANO PASSADO (2015), QUAL FOI O VALOR TOTAL PAGO DE IPVA PARA ESSE(S) VEÍCULO(S)?** (0) Isento de IPVA/Não pagou IPVA(1) Até 500 Reais(2) 501 a 1000 Reais(3) 1001 a 2000 Reais(4) Mais de 2000 Reais(8) NSA(9) IGN |
| **AGORA VOU FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE A CASA E O TERRENO ONDE VOCÊS MORAM.** |
| B028)**O TERRENO AQUI DESTA CASA É...?** *Ler opções*(1) **Próprio**(2) **Alugado**(3) **Arrendado**(4) **Emprestado** *(de familiares/amigos)*(5) **Posse**(6) **Usucapião**(7) Outro(9) IGNB029) **A CASA EM QUE VOCÊS MORAM É...?** *Ler opções*(1) **Própria/Financiada**(2) **Alugada**(3) **Arrendada**(4) **Emprestada** *(de familiares/amigos)*(5) **Posse**(6) **Usucapião**(7) Outro(9) IGNB030) **QUAL O TAMANHO DESTE TERRENO/PROPRIEDADE EM HECTARES OU M²?** a) \_\_ \_\_ \_\_ hectares[888 = NSA][999 = IGN]b) \_\_ \_\_ \_\_m²[888 = NSA][999 = IGN]B031)**QUANTOS BANHEIROS EXISTEM NA CASA?**\_\_ banheiros[0 = sem banheiro / 9 = IGN] 🡪*Vá para B033**SE 1 BANHEIRO:*B031a)**NESTE BANHEIRO, HÁ CHUVEIRO E/OU BANHEIRA?** (0) Não (1) Sim(8) NSA SE RESPONDEU B031a 🡪*Vá para B032**SE 2 OU MAIS BANHEIROS*:  B031b)**DESTES BANHEIROS COM VASO SANITÁRIO, QUANTOS POSSUEM CHUVEIRO E/OU BANHEIRA?** **\_\_ \_\_**banheiros [00 = sem chuveiro e/ou banheira / 88 = NSA]B032)**PARA ONDE VAI O ESCOAMENTO DO(S) VASO(S) SANITÁRIO(S)...?** *Ler opções*(1) **Rede geral de esgoto**(2) **Fossa** (3) **Vala, valeta, valão**(4) **Direto para o rio ou lago**(5) Outro**QUAL?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(8) NSA(9) IGNB033) **QUANTAS PEÇAS DA CASA SÃO USADAS PARA DORMIR?** \_\_ \_\_ peças [99 = IGN]B034) **NA SUA CASA TEM EMPREGADOS(AS) DOMÉSTICO(AS), OU SEJA, QUE TRABALHEM SOMENTE NA LIDA DA CASA?** 1. Não 🡪*Vá para B035*
2. Sim
3. IGN 🡪*Vá para B035*
4. **QUANTOS?** \_\_ \_\_ empregado(as)

[88 = NSA][99 = IGN] |
| **AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A FONTE DE RENDA DOS MORADORES DESTA CASA.** |
| B035)**O(A) SR(A) OU OUTRO MORADOR DESTE DOMICÍLIOCOSTUMA TRABALHAR COM PESCA?**(0) Não 🡪*Vá para B041*(1) Sim(9) IGN 🡪*Vá para B041*B036)**quanto vocês ganham por ano com a PESCA?**a)Pessoa 1: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_b)Pessoa 2: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_c)Pessoa 3: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_d)Pessoa 4: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_e)Pessoa 5: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]B037)**NO ÚLTIMO MÊS, QUANTO VOCÊS GANHARAM COM ESTA VENDA DE PESCADO E FRUTOS DO MAR?**a) Pessoa 1: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_b) Pessoa 2: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_c) Pessoa 3: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_d) Pessoa 4: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_e) Pessoa 5: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]*SE NÃO VENDEU NO ÚLTIMO MÊS:*B038)**QUANTO VOCÊS GANHARAM NA ÚLTIMA VEZ QUE VENDERAM ESTES PRODUTOS?** a) Pessoa 1: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_b) Pessoa 2: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_c) Pessoa 3: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_d) Pessoa 4: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_e) Pessoa 5: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]B039)**O(A) SR.(A) OU ALGUM OUTRO MORADOR DESTA CASA, COSTUMA VENDER PRODUTOS DERIVADOS DA PESCA, COMO BOLINHO DE PEIXE, PASTÉIS OU OUTROS?**(0) Não 🡪*Vá para B041*(1) Sim(8) NSA(9) IGN 🡪*Vá para B041*B040)**NO ÚLTIMO MÊS, QUANTO VOCÊS GANHARAM COM ESTA VENDA?**a) Pessoa 1: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_b) Pessoa 2: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_c) Pessoa 3: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_d) Pessoa 4: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_e) Pessoa 5: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]B041)**O(A) SR(A) OU OUTRO MORADOR DESTE DOMICÍLIOCOSTUMA TRABALHAR COM CRIAÇÃO DE ANIMAIS?**(0) Não 🡪*Vá para B048*(1) Sim(9) IGN 🡪*Vá para B048*B042)**VOCÊS CRIAM ANIMAIS PARA VENDER PRODUTOS DERIVADOS DELES, COMO OVOS, LEITE, QUEIJO...?**(0) Não 🡪*Vá para B044*(1) Sim(8) NSA(9) IGN 🡪*Vá para B044*B043)**NO ÚLTIMO MÊS, QUANTO VOCÊS GANHARAM COM ESTA VENDA?**a) Pessoa 1: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_b) Pessoa 2: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_c) Pessoa 3: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_d) Pessoa 4: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_e) Pessoa 5: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]B044)**VOCÊS CRIAM ANIMAIS PARA VENDER?**(0) Não 🡪*Vá para B048*(1) Sim(8) NSA(9) IGN 🡪*Vá para B048*B045)**QUANTO VOCÊS GANHAM POR ANO COM A VENDA DESTES ANIMAIS?** a) Pessoa 1: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_b) Pessoa 2: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_c) Pessoa 3: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_d) Pessoa 4: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_e) Pessoa 5: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]B046)**NO ÚLTIMO MÊS, QUANTO VOCÊS GANHARAM COM ESTA VENDA?** a) Pessoa 1: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_b) Pessoa 2: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_c) Pessoa 3: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_d) Pessoa 4: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_e) Pessoa 5: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]*SE NÃO VENDEU NO ÚLTIMO MÊS:*B047)**QUANTO VOCÊS GANHARAM NA ÚLTIMA VEZ QUE VENDERAM ESTES ANIMAIS?** a) Pessoa 1: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_b) Pessoa 2: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_c) Pessoa 3: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_d) Pessoa 4: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_e) Pessoa 5: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]B048)**O(A) SR(A) OU OUTRO MORADOR DESTE DOMICÍLIO VENDE ALGUM PRODUTO PLANTADO OU COLHIDO NESTA PROPRIEDADE?**(0) Não 🡪*Vá para B052*(1) Sim(9) IGN 🡪*Vá para B052*B049)**quanto vocês ganham por ano com a venda destes PRODUTOS?**a) Pessoa 1: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_b) Pessoa 2: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_c) Pessoa 3: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_d) Pessoa 4: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_e) Pessoa 5: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]B050)**NO ÚLTIMO MÊS, QUANTO VOCÊS GANHARAM COM ESTA VENDA?**a) Pessoa 1: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_b) Pessoa 2: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_c) Pessoa 3: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_d) Pessoa 4: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_e) Pessoa 5: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]*SE NÃO VENDEU NO ÚLTIMO MÊS:*B051)**QUANTO VOCÊS GANHARAM NA ÚLTIMA VEZ QUE VENDERAM ESTES PRODUTOS?** a)Pessoa 1: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_b)Pessoa 2: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_c)Pessoa 3: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_d)Pessoa 4: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_e)Pessoa 5: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]B052)**NESTA <***propriedade/CASA***>, TRABALHAM SÓ PESSOAS DA FAMÍLIA OU CONTRATAM PESSOAS DE FORA?**(1) Só da família 🡪*Vá para B054*(2) Contratam pessoas de fora da família(3) Troca de favores🡪*Vá para B054*(4) Ninguém trabalha nesta propriedade 🡪*Vá para A054*(5) Parceria ou meeiro(9) IGN 🡪*Vá para B054*B053)**DESDE** *<MÊS>* **DO ANO PASSADO***,* **QUANTAS PESSOAS CONTRATADAS PELA FAMÍLIA TRABALHARAM AQUI NO MANEJO DE ANIMAIS E/OU NA AGRICULTURA?**\_\_ \_\_ pessoas[88 = NSA / 99 = IGN]B054)**O(A) SR(A) OU OUTRO MORADOR DESTE DOMICÍLIOCOSTUMA TRABALHAR COM COMÉRCIO, INDÚSTRIA OUSERVIÇOS?**(0) Não🡪*Vá para B056*(1) Sim (9) IGN 🡪*Vá para B056*B055)**no mÊs passado quanto ganharam as pessoas QUE TRABALHARAM NO SETOR DE COMÉRCIO, INDÚSTRIA E SERVIÇOS?**a) Pessoa 1: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_b) Pessoa 2: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_c) Pessoa 3: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_d) Pessoa 4: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_e) Pessoa 5: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] |
| B056)**algum morador desta casa recebe dinheiro de aposentadoria, auxílio doença, pensão por invalidez ou por morte?**(0) Não 🡪*Vá para B058*(1) Sim(9) IGN 🡪*Vá para B058*B057)**Quanto ESTAS PESSOAS ganharam com estes benefícios no mÊs passado?**a) Pessoa 1: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_b) Pessoa 2: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_c) Pessoa 3: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_d) Pessoa 4: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_e) Pessoa 5: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]B058)**algum morador desta casa recebe dinheiro de bolsa-família, loas, auxílio-reclusão, auxílio-maternidade, seguro-desemprego (ou seguro-defeso para pescadores)?**(0) Não🡪*Vá para B060*(1) Sim(9) IGN 🡪*Vá para B060*B059)**SOMANDO TUDO, quanto ganharam com estes benefícios no mÊs passado?**a) Pessoa 1: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_b) Pessoa 2: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_c) Pessoa 3: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_d) Pessoa 4: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_e) Pessoa 5: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]B060)**vocês tÊm outra fonte de renda, como aluguel ou arrendamento de propriedade, mesada, ajuda de familiares?**(0) Não🡪*Vá para A001 (Bloco individual)*(1) Sim(9) IGN🡪*Vá para A001 (Bloco individual)*B061)**no mÊs passado, quanto VOCÊS ganharam com estAs OUTRAS FONTES DE RENDA?**a) Pessoa 1: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_b) Pessoa 2: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_c) Pessoa 3: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_d) Pessoa 4: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_e) Pessoa 5: R$\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] |

|  |
| --- |
| **BLOCO A – INDIVIDUAL*****Este bloco deve ser aplicado a todos os indivíduos com 18 anos ou mais de idade*** |
| *Entrevistadora:* \_\_ \_\_*Data da entrevista:\_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**Horário de início da entrevista:*\_\_ \_\_:\_\_ \_\_*Número do distrito*: \_\_ \_\_*Número do setor: \_\_ \_\_* *Número do núcleo: \_\_ \_\_**Número da família: \_\_ \_\_**Número da pessoa: \_\_ \_\_* |
| *OBS.: IGNORAR O ANÚNCIO PARA AQUELES QUE JÁ RESPONDERAM AO DOMICILIAR**<BOM DIA/ BOA TARDE>****.* MEU NOME É** *<ENTREVISTADORA>****.* ESTOU TRABALHANDO EM UMA PESQUISA SOBRE SAÚDE, REALIZADA PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. ESTE É UM ESTUDO QUE IRÁ AVALIAR COMO ESTÁ SAÚDE E OUTROS ASPECTOS DA VIDA DOS ADULTOS MORADORES EM ÁREAS RURAIS DE PELOTAS. GOSTARIA DE CONVERSAR COM O(A) SR.(A) E É IMPORTANTE ESCLARECER QUE TODAS AS INFORMAÇÕES SÃO SIGILOSAS E SERÃO UTILIZADAS APENAS PARA ESSA PESQUISA.**A000) **ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A001)**QUAL O SEU NOME?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A002)**QUAL É A SUA IDADE?**\_\_ \_\_ \_\_ anos completosA003)**QUAL É A SUA DATA DE NASCIMENTO?**\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_/ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_A004)**A SUA COR OU RAÇA/ETNIA É...?***Ler opções*(1) **Branca**    (2) **Preta/Negra**    (3) **Mulata**/**Parda**     (4) **Amarela**     (5) **Indígena**A005)*Observar e anotar:*Sexo**:** (1) Masculino (2) Feminino |
| A006) **QUAL É A ORIGEM/DESCENDÊNCIA PREDOMINANTE DA SUA FAMÍLIA?**(*Múltipla escolha)*(1)Alemã/Pomerana(2) Portuguesa(3) Italiana(4) Polonesa/Polaca(5) Brasileira/mista(6) Povos africanos/quilombolas(7) Povos orientais (japonês, chinês)(10) Povos indígenas (11) Outros povos europeus(12) Outra QUAL? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(9) IGNA007)**HÁ QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) MORA NA ZONA RURAL DE PELOTAS?**\_\_ \_\_ [00 = menos de 1 ano][88 = NSA / 99 = IGN]a) **HÁ QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) MORA NESTA**<CASA/PROPRIEDADE>?\_\_ \_\_[00 = menos de 1 ano][88 = NSA / 99 = IGN]A008)**O(A) SR.(A) MORA COM COMPANHEIRO(A)?**(0) Não (1) Sim   (9) IGNA009) **QUAL É O SEU ESTADO CIVIL...?** (1) Casado(a)/mora com companheiro(a) 🡪*Vá paraA011*(2) Divorciado(a)/Separado(a)(3) Solteiro(a)(4) Viúvo(a)(9) IGN 🡪*Vá paraA011* *SE O ENTREVISTADO RESPONDEU “SIM” NA QUESTÃO A008 🡪Vá para A011*A010)**O(A) SR.(A) TEM NAMORADO(A)?**(0) Não(1) Sim(8) NSA(9) IGNA011)**O(A) SR.(A) SABE LER E ESCREVER?**(0) Não 🡪*Vá para A016*(1) Sim(2) Só assina 🡪*Vá para A016*(8) NSA(9) IGN 🡪*Vá paraA016*A012)**O SR.(A) ESTÁ ESTUDANDO ATUALMENTE?**(0) Não 🡪*Vá paraA015*(1) Sim(8) NSA(9) IGN 🡪*Vá para A015*A013)**EM QUE SÉRIE/ANO O SR.(A)ESTÁ?**\_\_ \_\_ série/ano[00 = faculdade ou mais][33 = EJA/PEJA][44 = Pré-vestibular][88 = NSA / 99 = IGN*]*Grau *(marcar):*(1) fundamental (2) médio (3) curso técnico ou médio integrado(4) curso técnico ou profissionalizante (5) faculdade (6) especialização/residência (7) mestrado(10) doutorado (11) curso preparatório (12) EJA/PEJA (atual supletivo)(8) NSA1. IGN

*SE FAZ EJA/PEJA (atual supletivo):*A014)**EM** **QUAL NÍVEL O(A) SR.(A) ESTÁ NO EJA?**(1) Nível fundamental – séries iniciais(2) Nível fundamental – séries finais(3) Ensino médio (8) NSA(9) IGN*SE O(A) ENTREVISTADO(A) ESTÁ ESTUDANDO ATUALMENTE (RESPONDEU “SIM” NA QUESTÃO A012) 🡪 Vá para A016**SE O(A) ENTREVISTADO(A) FOR O CHEFE DA FAMÍLIA, VÁ PARA A016:*A015)**ATÉ QUE SÉRIE/ANO O(A) SR.(A)COMPLETOUANTES**<DE PARAR DE ESTUDAR/ DE ENTRAR NO EJA/ DE ENTRAR NO CURSO TÉCNICO OU PROFISSIONALIZANTE / DE ENTRAR NO CURSO PREPARATÓRIO>**?**\_\_ \_\_ série/ano [00 = Completou faculdade ou mais][88 = NSA/ 99=IGN]Grau *(marcar):*(1) fundamental (2) médio (3) curso técnico ou médio integrado(4) faculdade (5) especialização/residência (6) mestrado(7) doutorado (8)NSA(9) IGNA016)**O(A) SR(A). ESTÁ TRABALHANDO ATUALMENTE?**(0) Não(1) Sim🡪 *Vá para A018*(8) NSA(9) IGN🡪 *Vá para A018*A017)**QUAL A SUA SITUAÇÃO NO MOMENTO...?***Ler opções*(1) **Encostado(a)**(2) **Do lar**(3) **Desempregado(a)**(4) **Aposentado**(5) **Estudante**(8) NSA(9) IGN*SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU A QUESTÃO A017🡪 Vá para A020*A018)**O(A) SR(A). TRABALHA NA CIDADE, NA ZONA RURAL OU EM AMBOS OS LOCAIS?**(1) Trabalho na cidade🡪*Vá para A019*(2) Trabalho na zona rural(3) Ambos os locais(8) NSA(9) IGNA018a) **O(A) SR.(A) REALIZA ALGUM TRABALHO RURAL, COMO OS RELACIONADOS A PLANTAÇÃO, CRIAÇÃO DE ANIMAIS, PESCA, ENTRE OUTROS?**(0) Não(1) Sim(2) IGNA019)**QUE TIPO DE TRABALHO O(A) SR.(A) REALIZA?**a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[888 = nsa/ 999=IGN]b) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [888 = nsa/ 999 = IGN]A020)**NO MÊS PASSADO, <**QUANTO O(A) SR.(A) GANHOU / QUAL FOI A SUA RENDA**>*?***(1) Em R$(2) Em salários mínimos 🡪*Vá para A020b*A020a) R$\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🡪*Vá para A021*[888= NSA][999=IGN][000= sem renda]A020b) Número de salários mínimos? \_\_ \_\_, \_\_ [88,8= NSA][99,9=IGN][00,0= sem renda]A020c)**o valor do salário mínimo que o(a) sr.(a) recebe é de piso nacional, regional ou outro?**(1) Nacional(2) Regional(3) Outro(8) NSA(9) IGN*SE RELIZA TRABALHO RURAL, RESPONDER QUESTÕES a021 ATÉ a025**SE NÃO🡪 vá para A026*A021)**CONSIDERANDO SEU TRABALHO RURAL, O(A) Sr.(a) trabalha nesta ou em outra propriedade RURAL?** *Ler opções*(0) **Não**🡪 *Vá para A026*(1) **Sim, nesta propriedade**(2) **Sim, em outra propriedade**(3) **Trabalho na zona rural com atividade de pesca**(8) NSA(9) IGN🡪 *Vá para A026*A021a) **CONSIDERANDO SEU TRABALHO RURAL, O(A) SR.(A) TRABALHA POR No mínimo 15 h/semanais?**(0) Não(1) Sim(8) NSA(9) IGNA022)**EM MÉDIA, QUANTAS HORAS POR SEMANA O(A) SR.(A) TRABALHA...**a)**DURANTE A SAFRA?**\_\_ \_\_ hs[88 = NSA][99=IGN]b)**FORA DA SAFRA?**\_\_ \_\_ hs[88 = NSA][99=IGN]A023) **Quais são as tarefas que o(a) Sr.(a) costuma fazer, no geral?***Múltipla escolha. Ler opções*(1) **Plantar lavoura**(2) **Colher lavoura**(3) **Fazer consertos**(4) **Lidar com máquinas**(5) **Cuidar horta**(6) **Podar plantação**(7) **Preparar solo**(10)**Cuidar lavoura**(11)**Lidar com animais**(12) **Usar produtos veterinários**(13) **Usar agrotóxicos**(14) **Armazenar produção**(15) **Cuidar da casa (limpar, organizar, cozinhar...)**(16) **Outro**(8) NSA(9) IGNA024)**O(A) Sr.(a) é proprietário ou da família do proprietário DESTA <***propriedade/CASA***>?**1. Não
2. Sim🡪 *Vá para A026*
3. NSA
4. IGN 🡪 *Vá para A026*

**SE NÃO:***SE PROPRIEDADE, PROSSIGA O QUESTIONÁRIO NORMALMENTE.**SE CASA, VÁ PARA A026.*A025) **O(A) SR.(A) É EMPREGADO FIXO OU PARCEIRO/ ARRENDATÁRIO?**(1) Empregado fixo(2) Parceiro/Arrendatário(3) Outro**QUAL?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(8) NSA(9) IGN**AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE SUAS CRENÇAS**A026)**O(A) SR.(A) TEM ALGUMA RELIGIÃO?**(0) Não🡪 *Vá para A029*(1) Sim(8) NSA(9) IGN🡪 *Vá para A029*A027)**QUAL A SUA RELIGIÃO?**(1) Católica(2) Evangélica(3) Espírita(4) Afro-Brasileira(5) OutraQUAL? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(8) NSA(9) IGNA028)**DESDE** *<DIA>* **DO MÊS PASSADO QUANTAS VEZES O (A) SR.(A) FOI À MISSA, CULTO OU SESSÃO RELIGIOSA?**\_\_ \_\_ vezes[00 = Não foi / 88 = NSA / 99 =IGN] |
| **AGORA VAMOS FALAR SOBRE O CONTATO DIRETO NO TRABALHO COM AGROTÓXICOS/PESTICIDAS.** **CONSIDERE TER CONTATO DIRETO COM AGROTÓXICO: AJUDAR OU APLICAR NA LAVOURA, LAVAR ROUPAS UTILIZADAS NA APLICAÇÃO, ENTRAR NA LAVOURA APÓS A APLICAÇÃO, PREPARAR CALDA, LAVAR EMBALAGENS E EQUIPAMENTOS, DENTRE OUTRAS.**A029) **ALGUMA VEZ NA VIDA, O(A) SR.(A) TEVE CONTATO DIRETO COM AGROTÓXICOS?**(0) Não 🡪*Vá para A033*(1) Sim(9) IGN🡪*Vá para A033*A030)**DESDE***<MÊS>***DO ANO PASSADO, O(A) SR.(A) TEVECONTATO DIRETO COM AGROTÓXICOS?**(0) Não(1) Sim(8) NSA(9) IGNA031)**ALGUMA VEZ NA VIDA, O(A) SR.(A) JÁ TEVE ALGUMA INTOXICAÇÃO POR AGROTÓXICOS, OU SEJA, SENTIU Dor de cabeça intensa, náusea, vômitos, cólicas abdominais, diarréia, tontura, dificuldade respiratória, fraqueza generalizada, salivação e sUOR aumentadOs, OU ENTROU EM coma após o contato com agrotóxicos...?***Ler opções*(0) **Não, nunca🡪***vá para A033*(1) **Teve sintomas, mas não tem certeza se foi intoxicação**(2) **Sim, com certeza foi intoxicação**(8) NSA(9) IGNA032)**DESDE** *<MÊS>***DO ANO PASSADO,O(A) SR.(A) Teve intoxicação por agrotóxicos?** (0) Não(1) Sim(8) NSA(9) IGN**AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A SUA SAÚDE OU COMO O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO.**A033)**Como o(a) Sr.(a) considera sua saúde...?** *Ler opções*(1) **Muito boa**(2) **Boa**(3) **Regular**(4) **Ruim**(5) **Muito ruim**(9) IGN**Algum médico ou profissional DE saúde já disse que o(a) Sr.(a) tem:**A034) **HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA), MESMO QUE CONTROLADA?**(0)Não(1)Sim(9)IGNA035)**DIABETES OU AÇÚCAR ALTO NO SANGUE?**(0)Não(1)Sim(9)IGNA036)**PROBLEMA NA TIREOIDE?** (0)Não(1)Sim(9)IGNA037)**INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, “CORAÇÃO FRACO” OU “CORAÇÃO GRANDE”?**(0)Não(1)Sim(9)IGNA038)**ANGINA?**(0)Não(1)Sim (9)IGNA039)**ASMA?**(0)Não(1)Sim(9)IGNA040) **BRONQUITE?**(0)Não(1)Sim(9)IGNA041) **ENFISEMA?**(0)Não(1)Sim(9)IGNA042)**ISQUEMIAS, DERRAMES CEREBRAIS?**(0)Não(1)Sim(9)IGNA043)**ARTRITE, REUMATISMO OU ARTROSE?**(0)Não(1)Sim(9)IGNA044)**DOENÇA DE PARKINSON?**(0)Não(1)Sim(9)IGNA045)**PERDA DA FUNÇÃO DOS RINS?**(0)Não(1)Sim(9)IGNA046)**COLESTEROL ALTO OU GORDURA NO SANGUE?**(0)Não(1)Sim(9)IGNA047)**ÚLCERA NO ESTÔMAGO OU ÚLCERA NERVOSA?** (0)Não(1)Sim(9)IGN A048)*SOMENTE PARA HOMENS:***DOENÇA DA PRÓSTATA?**(0) Não(1) Sim(9)IGN(8)NSAA049)**ALGUMA VEZ, UM MÉDICO DISSE QUE O(A) SR.(A) ESTAVA COM CÂNCER?**(0) Não🡪 *Vá para A051*(1) Sim(8) NSA(9) IGN🡪 *Vá para A051*A050) **QUAL(IS) TIPO(S) DE CÂNCER QUE O(A) SR.(A) TEM OU TEVE?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[888 = NSA / 999 = IGN]**AGORA NÓS VAMOS FALAR SOBRE O SERVIÇO DE SAÚDE DA SUA REGIÃO (UNIDADE BÁSICA OU POSTO DE SAÚDE). AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE A SUA OPINIÃO SOBRE ESSE SERVIÇO E A SUA ÚLTIMA CONSULTA.**A051)**QUAL O POSTO DE SAÚDE DA SUA REGIÃO?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[999 =IGN]A052)**DESDE***<MÊS>***DO ANO PASSADO, QUANTAS VEZES O(A) SR.(A) CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE?**a) **COM O(A) MÉDICO(A)**\_\_ \_\_ vezes[77 = Nunca consultou no posto de saúde da região*🡪Vá para A063;*99 = IGN]b)**COM O(A) ENFERMEIRO(A)**  \_\_ \_\_ vezes[77 = Nunca consultou no posto de saúde da região*🡪Vá para A063;* 99 = IGN]A053)**HÁ QUANTO TEMPO FOI A SUA ÚLTIMA CONSULTA?** \_\_ \_\_ meses [88 = NSA / 99 = IGN]\_\_ \_\_ dias[88 = NSA / 99 = IGN]A054)**QUANTO TEMPO DEMOROU PARA CONSEGUIR ESSA ÚLTIMA CONSULTA?** \_\_ \_\_ dias[00 = se foi atendido no mesmo dia / 88 =NSA / 99 = IGN]A055)**AINDA SOBRE ESSA ÚLTIMA CONSULTA, O(A) SR.(A) ESPEROU MUITO PARA SER ATENDIDO?** (0) Não(1) Sim(2) Mais ou menos(8) NSA(9) IGNA056)**QUAL FOI O TEMPO DE ESPERA PARAO(A) SR.(A) SER ATENDIDO?** \_\_ \_\_horas[88 = NSA / 99 = IGN] \_\_ \_\_ minutos[88 = NSA /99=IGN]A057)**CONSIDERANDO ESSA ÚLTIMA CONSULTA, COMO O(A) SR.(A) FOI ATENDIDO(A) PELO(A) RECEPCIONISTA? ESCOLHA A FACE QUE MELHOR EXPRESSA SUA OPINIÃO.***Mostrar cartão1*\_\_ Número rosto[8 = NSA / 9=IGN]A058)**COMO O(A) SR.(A) FOI ATENDIDO(A) PELO MÉDICO(A) OU ENFERMEIRO(A) QUE LHE FEZ O ATENDIMENTO? ESCOLHA A FACE QUE MELHOR EXPRESSA SUA OPINIÃO.** *Mostrar cartão1*\_\_ Número rosto[8 = NSA / 9=IGN]A059)**A CONSULTA DUROU O TEMPO QUE O(A) SR.(A) ESPERAVA...?** *Ler opções*(1) **Sim**(2) **Não, durou mais tempo**(3) **Não, durou menos tempo**(8) NSA(9) IGNA060)**QUANTO TEMPO DUROU A CONSULTA COM O(A) MÉDICO(A) OU ENFERMEIRO(A)?** \_\_ \_\_ minutos[88 = NSA / 99=IGN]A061)**O(A) SR.(A) RECOMENDARIA ESSE POSTO DE SAÚDE PARA ALGUM FAMILIAR OU AMIGO PRÓXIMO?**(0) Não(1) Sim(8) NSA(9) IGNA062)**QUAL A SUA OPINIÃO SOBRE ESSE POSTO DE SAÚDE? ESCOLHA O ROSTO QUE MELHOR EXPRESSA SUA OPINIÃO.***Mostrar cartão 1*\_\_ Número rosto[9=IGN / 8 = NSA]**AGORA NÓS VAMOS FALAR SOBRE OS OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE SEM LEVAR EM CONTA A UBS / POSTO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO DA SUA CASA (AMBULATÓRIO, PRONTO-ATENDIMENTO, PRONTO-SOCORRO, CONSULTÓRIOS PARTICULARES, CAPS, OUTROS POSTOS DE SAÚDE OU HOSPITAIS) QUE O(A) SR.(A) UTILIZOU NOS ÚLTIMOS 12 MESES.**A063)**DESDE***<MÊS>***DO ANO PASSADO, QUAL FOI O ÚLTIMO SERVIÇO DE SAÚDE QUE O(A) SR.(A) FOI ATENDIDO?**(1) Outra unidade básica de saúde (2) Pronto Socorro Municipal(3)Pronto-Atendimento(4)Ambulatório das Faculdades/Hospital(5)Centro de especialidades(6)Consultório particular(7)CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)(10)Internou no hospital(11)Serviço de saúde de outra cidade(12) Não consultou no último ano🡪*Vá para A066*(9) IGNA064)**O ATENDIMENTO, NESTE SERVIÇO DE SAÚDE FOI POR ALGUM CONVÊNIO, PARTICULAR OU PELO SUS...?** *Ler opções*(1) **Particular**(2) **Por algum convênio**(3) **Por algum convênio, com pagamento extra**(4) **SUS**(5) **SUS, com pagamento extra**(8) NSA(9) IGNA065)**QUAL O PRINCIPAL MOTIVO QUE LEVOU O(A) SR.(A)A UTILIZAR ESTE SERVIÇO DE SAÚDE?**(1) Fazer uma revisão (check-up)(2) Tomar medicações (fazer inalações)(3) Fazer curativo(4) Realizar fisioterapia(5) Pegar remédios(6) Pedir/pegar/levar exames(7) Pedir receita ou atestado(10) Consulta de pré-natal(11) Fazer exames preventivos (pré-câncer, da próstata)(12) Atendimento de saúde bucal(13) Tomar vacina(14) Outro QUAL? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(8) NSA(9) IGN**AGORA VAMOS FALAR SOBRE USO DE REMÉDIOS E COMO ESTES REMÉDIOS SÃO ADQUIRIDOS.** A066)**NO ÚLTIMO MÊS O(A) SR.(A) DEIXOU DE USAR ALGUM REMÉDIO QUE PRECISAVA?***Ler opções*(0) **Não**🡪*Vá para A069*(1) **Sim**(2) **Não precisou usar remédio no último mês** 🡪*Vá para A070*(9) IGN🡪*Vá para A069*A067)**QUAL O PRINCIPAL MOTIVO POR NÃO TER USADO ALGUM(NS) REMÉDIO(S) QUE PRECISAVA...?***Ler opções*(1) **Não quis**(2) **Esqueceu ou achou que não fosse mais necessário**(3) **Não tinha no posto do SUS e não tinha dinheiro para comprar**(4) **Não tinha no posto do SUS e não encontrou na farmácia**(5) **Não tinha no posto do SUS e não tinha como ir até uma farmácia**(6) **Receita vencida**(7) **Outro motivoQUAL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(8) NSA(9) IGNA068)**QUAL(IS) O(S) NOME(S) DO(S) REMÉDIO(S) QUE O(A) SR.(A) DEIXOU DE USAR?** Remédio 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Remédio 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Remédio 3: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Remédio 4: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[888 = NSA/ 999 = IGN]A069)**NO ÚLTIMO MÊS, ONDE O(A) SR.(A) CONSEGUIU O(S) REMÉDIO(S) QUE UTILIZOU?***Ler opções (múltipla escolha)*(1) **No posto do SUS próximo à sua casa**(2) **Em outro local do SUS**(3) **Através da Farmácia Popular (comprandoou recebendogratuitamente pelo programa)**(4) **Através de compra em farmácia privada**(5) **OutroQUAL?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(8) NSA - Não utilizou nenhum remédio(9) IGN A070)**O(A) SR.(A) CONSIDERA A DISTÂNCIA DA SUA CASA ATÉ A FÁRMACIA MAIS PRÓXIMA?***Ler opções*(1) **Longe, mas de fácil acesso**(2) **Longe e de difícil acesso**(3) **Perto e de fácil acesso**(4) **Perto, mas de difícil acesso**(9) IGNA071)**O SEU DOMICÍLIO ESTÁ CADASTRADO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA?**(0) Não(1) Sim(9) IGNA072)**O(A) SR.(A) CONSIDERA A DISTÂNCIA DA SUA CASA ATÉ O POSTO DE SAÚDEMAIS PRÓXIMO?** *Ler opções*(1) **Longe, mas de fácil acesso**(2) **Longe e de difícil acesso**(3) **Perto e de fácil acesso**(4) **Perto, mas de difícil acesso**(9) IGN**AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SAÚDE DOS SEUS DENTES E DA SUA BOCA. CONSIDERE APENAS SEUS PRÓPRIOS DENTES, MESMO CARIADOS, QUEBRADOS OU FROUXOS.**A073) **COMPARANDO COM AS PESSOAS DA SUA IDADE, O(A) SR.(A) CONSIDERA A SAÚDE DOS SEUS DENTES, DA SUA BOCA E DAS GENGIVAS?** *Ler opções*(1)**Muito boa**(2) **Boa**(3) **Regular**(4) **Ruim**(5) **Muito ruim**A074) **QUANTOS DENTES NATURAIS O(A) SR.(A) TEM NA PARTE DE CIMA DA SUA BOCA? POR FAVOR, SE NECESSÁRIO, CONTE QUANTOS SÃO COM AUXÍLIO DA LÍNGUA.**\_ \_ dentes *(máximo 16)*[99=IGN]A075) **QUANTOS DENTES NATURAIS O(A) SR.(A) TEM NA PARTE DE BAIXO DA SUA BOCA? POR FAVOR, SE NECESSÁRIO, CONTE QUANTOS SÃO COM AUXÍLIO DA LÍNGUA.**\_ \_ dentes*(máximo 16)*[99=IGN] A076)**O(A) SR.(A) USA ALGUMA DENTADURA, CHAPA, PONTE, IMPLANTE?** *Ler opções*(1) **Não usa**(2) **Sim, usa apenas superior**(3) **Sim, usa apenas inferior**(4) **Sim, usa superior e inferior**(9) IGNA077)**LEMBRANDO DO SEUS DENTES, O(A) SR.(A) NECESSITA DE PRÓTESE?** **(0) Não** 🡪*Vá para A078***(1) Sim****(9)** IGN🡪*Vá para A078*A077a)**A PRÓTESE QUE O(A) SR.(A) NECESSITA É PARA SUBSTITUIÇÃO...***Ler opções*(1) **De um dente**(2)**De mais de um dente**(3)**Detodos os dentes de baixo (dentadura)**(4) **Detodos de cima (dentadura)**(5) **Detodos os dentes de baixo e de cima (dentadura)**(8) NSA(9) IGN**AGORA VAMOS FALAR SOBRE CONSULTAS AO DENTISTA.**A078) **O(A) SR.(A) JÁ CONSULTOU COM O(A) DENTISTA ALGUMA VEZ NA VIDA?**(0) Não 🡪 *Vá paraA082*(1) Sim(9) IGNA079) **QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE O(A) SR.(A) CONSULTOU COM O DENTISTA?** *Ler opções*(1) **Menos de 1 ano**(2) **Entre 1 e 2 anos atrás**(3) **Entre 2 e 3 anos atrás**(4) **Há mais de 3 anos**(8) NSA(9) IGNA080) **QUAL O ÚLTIMO LOCAL QUE O(A) SR.(A) BUSCOU PARA ATENDIMENTO COM O DENTISTA?** *Ler opções*(1) **Posto de saúde**(2) **Pronto-atendimento**(3) **Centro de Especialidades Odontológicas**  (4) **Hospital**(5) **Faculdade de Odontologia** (6) **Consultório Particular / Convênio** (7) **OutroQUAL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(8) NSA(9) IGNA081)**Qual foi o principal motivo que O levou a procurar o dentista?**(1) Rotina/ manutenção(2) Estava com dor (3) Estava com sangramento ou inflamação nagengiva(4) Estava com cárie/restauração/obturação(5) Tinha alguma ferida, caroço ou manchas na boca(6) Estava com o rosto inchado(7) Precisava fazer tratamento de canal(10) Precisava arrancar um dente(11) Tinha que fazer uma dentadura nova(12) OutrosQUAL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(8) NSA(9) IGN**AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE FUMO. PRIMEIRO VOU LHE PERGUNTAR SOBRE CIGARROS INDUSTRIALIZADOS (PRONTOS) OU FEITOS A MÃO. VAMOS CONSIDERAR COMO FUMANTE A PESSOA QUE FUMA UM OU MAIS CIGARRO(S) POR DIA HÁ MAIS DE UM MÊS.**A082)**O(A) SR.(A) FUMA OU JÁ FUMOU?** *Ler opções*(0) **Não**🡪 *Vá para A099*(1) **Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês)**🡪 *Vá para A084*(2) **Já fumou, mas parou de fumar**(9) IGN🡪 *Vá para A099*A083)**Há quanto tempo parou de fumar?** a)**\_\_ \_\_** anos [99 = IGN / 88 = NSA]b)\_\_ \_\_ meses [88 = NSA / 99 = IGN]c)\_\_ \_\_dias [88 = NSA / 99 = IGN]*SE PAROU HÁ* ***MAIS*** *DE UM MÊS (30 DIAS)🡪 Vá para A099**SE PAROU HÁ* ***MENOS*** *DE UM MÊS (30 DIAS) 🡪 Vá para A092*A084)**Com que idade o(a) Sr.(a) começou a fumar?**\_\_ \_\_ anos [88 = NSA / 99 = IGN]A085) **HÁ QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) FUMA? (CONSIDERAR O TEMPO TOTAL DE FUMO NA VIDA, DESDE QUE COMEÇOU A FUMAR, SEM DESCONTAR ALGUM PERÍODO QUE TENHA FICADO SEM FUMAR).**a)\_\_ \_\_ anos [88 = NSA / 99 = IGN]b)\_\_ \_\_ meses [88 = NSA / 99 = IGN]A086) **DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, ALGUMA(S) VEZ(ES) O(A) SR.(A) PAROU DE FUMAR?**(0) Não, nunca🡪 *Vá para A088*(1) Sim(8) NSA(9) IGN 🡪 *Vá para A088*A087)**POR QUANTO TEMPO NO TOTAL O(A) SR.(A) FICOU SEM FUMAR?**a)\_\_ \_\_ anos[88 = NSA / 99 = IGN]b)\_\_ \_\_ meses[88 = NSA / 99 = IGN]c)\_\_ \_\_ dias [88 = NSA / 99 = IGN]A088)**ATUALMENTE, QUANTOS CIGARROS O(A) SR.(A) FUMA POR DIA?**\_\_ \_\_ cigarros [88 = NSA / 99 = IGN]A089)**CONSIDERANDO TODO O PERÍODO,DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, QUANTOS CIGARROS, EM MÉDIA, O(A) SR.(A) FUMOU POR DIA?**\_\_ \_\_ cigarros [88 = NSA / 99 = IGN]A090)**O(A) SR.(A) FUMA:** *Ler opções*a) **Cigarro industrializado com filtro**(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGNb) **Cigarro industrializado sem filtro**(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGNc) **Cigarro de palha enrolado a mão** (0) Não (1) Sim (8) NSA(9) IGNd) **Cigarro de papel enrolado a mão** (0) Não (1) Sim (8) NSA(9) IGNe) **Outro**(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Se sim: **QUAL? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**A091) **DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, QUAL O TIPO DE CIGARRO QUE O(A) SR.(A) MAIS TEM FUMADO?** *Marque apenas uma opção. Se for “outro”, especifique*(1) Cigarro industrializado com filtro(2) Cigarro industrializado sem filtro(3) Cigarro de palha enrolado a mão(4) Cigarro de papel enrolado a mão(5) Outro QUAL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(8) NSA(9) IGN*SE O(A) ENTREVISTADO(A) FOR FUMANTE ATUAL 🡪 Vá para A099**SEO(A) ENTREVISTADO(A) FOR EX-FUMANTE QUE PAROU DE FUMAR HÁ MENOS DE 30 DIAS RESPONDER AS QUESTÕES ABAIXO (A092 a A098). SE PAROU HÁ MAIS DE 30 DIAS🡪 Vá para A099*A092)**Com que idade o(a) Sr.(a) começou a fumar?**\_\_ \_\_ anos [88 = NSA / 99 = IGN]A093)**DURANTE QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) FUMOU? (CONSIDERAR O TEMPO TOTAL DE FUMO NA VIDA, DESDE QUE COMEÇOU A FUMAR, SEM DESCONTAR ALGUM PERÍODO QUE TENHA FICADO SEM FUMAR).**a)\_\_ \_\_ anos [88 = NSA / 99 = IGN]b) \_\_ \_\_ meses [88 = NSA / 99 = IGN]A094) **DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, ALGUMA(S) VEZ(ES) O(A) SR.(A) PAROU DE FUMAR?**(0)Não, nunca🡪 *Vá para A096*(1) Sim(8) NSA(9) IGN🡪 *Vá para A096*A095)**POR QUANTO TEMPO NO TOTAL O(A) SR.(A) FICOU SEM FUMAR?**a)\_\_ \_\_ anos[88 = NSA / 99 = IGN]b)\_\_ \_\_ meses[88 = NSA / 99 = IGN]c)\_\_ \_\_ dias [88 = NSA / 99 = IGN]A096)**ANTES DE PARAR DE FUMAR, QUANTOS CIGARROS O(A) SR.(A) FUMAVA POR DIA?**\_\_ \_\_ cigarros [88 = NSA / 99 = IGN]A096a)**CONSIDERANDO TODO O PERÍODO, DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR,QUANTOS CIGARROS, EM MÉDIA, O(A) SR.(A) FUMOU POR DIA?**\_\_ \_\_ cigarros [88 = NSA / 99 = IGN]A097)**O(A) SR.(A) FUMAVA...?** *Ler opções*a) **Cigarro industrializado com filtro** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGNb) **Cigarro industrializado sem filtro** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGNc) **Cigarro de palha enrolado a mão** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGNd) **Cigarro de papel enrolado a mão** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGNe) **Outro**(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Se sim: **QUAL? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**A098) **DESDE QUE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR, QUAL O TIPO DE CIGARRO QUE O(A) SR.(A) MAIS FUMOU?** *(Marque apenas uma opção. Se for “outro”, especifique).*(1) Cigarro industrializado com filtro(2) Cigarro industrializado sem filtro(3) Cigarro de palha enrolado a mão(4) Cigarro de papel enrolado a mão(5) Outro QUAL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(8) NSA(9) IGN**AS PERGUNTAS QUE FAREI AGORA SÃO SOBRE O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS.**A099)**ALGUM FAMILIAR COM LAÇO DE SANGUE DO(A) SR.(A) JÁ TEVE PROBLEMAS RELACIONADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL A PONTO DE PRECISAR DE ALGUM TIPO DE TRATAMENTO?**(0) Não🡪 *Vá para A101*(1) Sim(9) IGN🡪 *Vá para A101*A100)**QUAL O PARENTESCO DESTE FAMILIAR COM O(A) SR.(A)?** *Múltipla escolha*(1) Pai(2) Mãe(3) Irmãos **QUANTOS?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(4) Avós maternos(5) Avós paternos(6) Parentes de segundo grau maternos (tio/tia/primos)(7) Parentes de segundo grau paternos (tio/tia/primos)(10) Outro**QUAL GRAU DE PARENTESCO?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(8) NSA(9) IGNA101)**COM QUE IDADE O(A) SR.(A) EXPERIMENTOU BEBIDAS ALCOÓLICAS PELA PRIMEIRA VEZ?****\_\_ \_\_**anos completos[00= nunca bebeu🡪*Vá para A112*/ IGN = 99]**AGORA EU FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES. É MUITO IMPORTANTE PARA NÓS SABERMOS QUANTO O(A) SENHOR (A) GERALMENTE BEBE E SE EM ALGUM MOMENTO JÁ TEVE ALGUM TIPO DE PROBLEMA COM BEBIDAS ALCOÓLICAS. POR FAVOR, SEJA O MAIS SINCERO E PRECISO O POSSÍVEL. TODAS AS INFORMACÕES SERÃO TRATADAS COM TOTAL SIGILO.**A102)**QUANTAS VEZES POR ANO, MÊS OU SEMANA O(A) SR.(A) TOMA BEBIDAS DE ÁLCOOL?***Ler opções*(0) **Nunca**🡪 *Vá paraA112*(1) **Uma vez por mês ou menos**(2) **Duas a quatro vezes por mês**(3) **Duas a três vezes por semana**(4) **Quatro ou mais vezes por semana**(9) IGN🡪 *Vá para A112*A103)**NAS OCASIÕES EM QUE BEBE, QUANTAS DOSES, COPOS OU GARRAFAS O(A) SR.(A) COSTUMA BEBER?** *Mostrar cartão 2A*\_\_ \_\_ doses[88 = NSA / 99=IGN]A104)**QUANTAS VEZES POR ANO, MÊS OU SEMANAO(A) SR.(A) TOMA “SEIS OU MAIS DOSES” EM UMA OCASIÃO...** *Ler opções e mostrar cartão 2B*(0) **Nunca**(1) **Menos que uma vez ao mês**(2) **Uma vez ao mês**(3) **Uma vez por semana**(4) **Todos os dias ou quase todos**(8) NSA(9) IGNA105)**DESDE***<MÊS>***DO ANO PASSADO***,* **QUANTAS VEZESO(A) SR.(A) ACHOU QUE NÃO SERIA CAPAZ DE CONTROLAR A QUANTIDADE DE BEBIDA DEPOIS DE COMEÇAR?** *Ler opções*(0) **Nunca**(1) **Menos que uma vez ao mês**(2) **Uma vez ao mês**(3) **Uma vez por semana**(4) **Todos os dias ou quase todos**(8) NSA(9) IGNA106)**DESDE***<MÊS>***DO ANO PASSADOQUANTAS VEZES O(A) SR.(A) NÃO CONSEGUIU CUMPRIR COM ALGUM COMPROMISSO POR CAUSA DA BEBIDA?***Ler opções*(0) **Nunca**(1) **Menos que uma vez ao mês**(2) **Uma vez ao mês**(3) **Uma vez por semana**(4) **Todos os dias ou quase todos**(8) NSA(9) IGNA107)**DESDE***<MÊS>* **DO ANO PASSADOQUANTAS VEZESO(A) SR.(A) DEPOIS DE TER BEBIDO MUITO, PRECISOU BEBER PELA MANHÃ PARA SE SENTIR MELHOR?** *Ler opções*(0)**Nunca**(1) **Menos que uma vez ao mês**(2) **Uma vez ao mês**(3) **Uma vez por semana**(4) **Todos os dias ou quase todos**(8) NSA(9) IGNA108)**DESDE***<MÊS>***DO ANO PASSADOQUANTAS VEZES O(A) SR.(A) SENTIU CULPA OU REMORSO DEPOIS DE BEBER?***Ler opções*(0) **Nunca**(1) **Menos que uma vez ao mês**(2) **Uma vez ao mês**(3) **Uma vez por semana**(4) **Todos os dias ou quase todos**(8) NSA(9) IGNA109)**DESDE***<MÊS>***DO ANO PASSADOQUANTAS VEZES O(A) SR.(A) NÃO CONSEGUIU SE LEMBRAR DO QUE ACONTECEU NA NOITE ANTERIOR POR CAUSA DA BEBIDA?** *Ler opções*(0) **Nunca**(1) **Menos que uma vez ao mês**(2) **Uma vez ao mês**(3) **Uma vez por semana**(4) **Todos os dias ou quase todos**(8) NSA(9) IGN**AGORA FAREI MAIS DUAS PERGUNTAS SOBRE USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, PORÉM ESSAS PODEM SE REFERIR A TODO O PERÍODO DE SUA VIDA, E NAO SOMENTE AO ÚLTIMO ANO (12 MESES).**A110)**ALGUMA VEZ NA VIDA O(A) SR.(A) OU ALGUMA OUTRA PESSOA JÁ SE MACHUCOU, SE PREJUDICOU POR CAUSA DE O(A) SR.(A) TER BEBIDO?***Ler opções*(0)**Não**(2) **Sim, mas não no último ano**(4) **Sim, durante o último ano**(8) NSA(9) IGNA111) **ALGUMA VEZ NA VIDA ALGUM PARENTE, AMIGO, MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ SE PREOCUPOU COM O(A) SR.(A) POR CAUSA DE BEBIDA OU LHE DISSE PARA PARAR DE BEBER?***Ler opções*(0)**Não**(2) **Sim, mas não no último ano**(4) **Sim, durante o último ano**(8) NSA(9) IGN**ALERTA:**As questões A112 até A135 não poderão ser respondidas caso o(a) entrevistado(a) utilize somente SONDA como meio de alimentação. Qual a via de alimentação utilizada pelo(a) entrevistado(a)?(0) Somente sonda 🡪*Vá para A135*(1) Via oral(2) Via oral + sonda**AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA ALIMENTAÇÃOPARA RESPONDER AS PRÓXIMAS PERGUNTAS. PENSE NA SUA ALIMENTAÇÃO NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, OU SEJA, DESDE** *<DIA>***DA SEMANA PASSADA ATÉ HOJE.**A112)**NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU LEGUMES OU VERDURAS COZIDOS OU CRUS? BATATA E MANDIOCA/AIPIM NÃO DEVEM SER CONSIDERADOS.**\_\_dias [0=não comeu / 8= NSA / 9=IGN]A113)**NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU FRUTAS?**\_\_dias [0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]A114)**NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A)COMEU FEIJÃO?**\_\_dias[0 = não comeu / 8= NSA / 9 = IGN]A115)**NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) TOMOU LEITE DE VACA?**\_\_dias [0 = não tomou🡪*Vá para A117* / 8= NSA / 9 = IGN]A116)**NA MAIORIA DAS VEZES QUE O(A) SR.(A) TOMA LEITE, QUE TIPO DE LEITE COSTUMA TOMAR?***Ler opções*(1) **Leite em pó integral**(2) **Leite em pó desnatado**(3) **Leite pasteurizado integral**(4) **Leite pasteurizado desnatado**(5) **Leite pasteurizado semidesnatado**(6) **Leite de vaca “in natura”**(8) NSA(9) IGNA117)**NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU ALIMENTOS INTEGRAIS, TAIS COMO PÃO INTEGRAL, BOLACHA INTEGRAL, ARROZ INTEGRAL OU AVEIA?**\_\_ dias [0 = não comeu / 8= NSA / 9 = IGN]A118)**NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU CARNE VERMELHA (BOI, PORCO, OVELHA)?** \_\_ dias[0 = não comeu🡪*Vá para A120* / 8 = NSA / 9 = IGN]A119) **QUANDO O(A) SR.(A) COME CARNE VERMELHA, COSTUMA?***Ler opções*(1) **Tirar o excesso de gordura visível**(2)**Comer com a gordura**(8) NSA(9) IGNA120)**NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A)COMEU FRANGO/GALINHA?**\_\_ dias [0 = não comeu🡪*Vá para A122* / 8 = NSA / 9 = IGN]A121) **QUANDO O(A) SR.(A) COME FRANGO/GALINHA, COSTUMA?***Ler opções*(1) **Tirar a pele**(2)**Comer com a pele**(8) NSA(9) IGNA122)**NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A)COMEU FRITURAS?**\_\_ dias [0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]A123)**NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU ALIMENTOS EM CONSERVA COMO PEPINO, OU ALIMENTOS ENLATADOS COMO SARDINHA?**\_\_ dias [0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]A124)**NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU ALIMENTOS EMBUTIDOS, TAIS COMO SALSICHA, PRESUNTO, SALAME OU LINGUIÇA?**\_\_ dias [0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]A125)**NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU PRODUTOS INDUSTRIALIZADOS CONGELADOS E PRONTOS PARA CONSUMO, TAIS COMO LASANHA, PIZZA, HAMBÚRGUER OU NUGGETS?**\_\_ dias[0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]A126)**NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) COMEU ALIMENTOS DOCES, TAIS COMO PEDAÇOS DE BOLO OU TORTA, CHOCOLATES, BALAS, SOBREMESAS CASEIRAS, OU COMPOTAS?**\_\_ dias [0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]A127)**NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A)TOMOU REFRIGERANTE NORMAL OU SUCOS ARTIFICIAS ADOÇADOS EM CAIXA OU EM PÓ?**\_\_ dias[0 = não comeu / 8 = NSA / 9 = IGN]**AGORA VAMOS FALARSOBRE O HÁBITO DE TOMAR CHIMARRÃO.**A128)**O(A) SR.(A) COSTUMA TOMAR CHIMARRÃO?**(0)Não🡪*Vá para A135*(1) SimA129)**O SR.(A) COSTUMA TOMAR CHIMARRÃO UMA VEZ OU MAIS POR SEMANA?**(0) Não🡪*Vá para A135*(1) Sim(8) NSAA130) **QUANTOS DIAS POR SEMANA O(A) SR.(A) COSTUMA TOMAR CHIMARRÃO?**\_\_\_ dia(s) por semana [8 = NSA / 9=IGN]A131) **QUANTOO(A) SR.(A) COSTUMA TOMAR POR DIA?***Ler opções*a)\_\_ \_\_ **CUIAS**[00 = Não toma / 88 = NSA / 99 = IGN]b)\_\_\_\_ **TÉRMICAS**[00 = Não toma / 88 = NSA / 99 = IGN]c)\_\_ \_\_ **CHALEIRAS**[00 = Não toma / 88 = NSA / 99 = IGN]A132) **A** *<CUIA/TÉRMICA/CHALEIRA>***QUE O(A) SR.(A) COSTUMA TOMAR É?***Ler opções*(1) **pequena**(2) **média** (3) **grande** (8) NSA(9) IGNATENÇÃO NO PULO: se o/a entrevistado/a respondeu térmica ou chaleira:A133)**O(A) SR.(A) TOMA ESTA** *<TÉRMICA/CHALEIRA>* **SOZINHO(A) OU DIVIDECOM OUTRAPESSOA?**(1) Toma sozinho(a) 🡪*Vá para A135*(2) Divide com outra pessoa (8) NSA(9) IGN🡪*Vá para A135*A134)**COM QUANTAS PESSOAS O(A) SR.(A) DIVIDE?**\_\_ \_\_ pessoas [88 = NSA / 99 = IGN] |
| **ALERTA:**As questões A135 até A144 só poderão ser respondidas pelo(a) próprio(a) entrevistado(a). NÃO poderão ser respondidas por outra pessoa (cuidador ou responsável).O(A) entrevistado(a) está respondendo o questionário sozinho(a) ou sem ajuda?(0) Não 🡪*Vá para A145*(1) Sim**AGORA EU VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS E O(A) SR.(A.) IRÁ ESCOLHER A RESPOSTA QUE MELHOR REFLETE COMO TEM SE SENTIDO NA ÚLTIMA SEMANA**ATENÇÃO: Entregue o cartão 3 ao(a) entrevistado(a) para que ele(a) acompanhe a aplicação do questionário.A135) **O(A) SR.(A) TEM SIDO CAPAZ DE RIR E ACHAR GRAÇA DAS COISAS...?** *Mostrar cartão 3*(0) Como sempre fiz(1)Não tanto quanto antes(2) Sem dúvida, menos que antes(3) De jeito nenhum(8) NSA(9) IGNA136) **O(A) SR.(A) TEM PENSADO NO FUTURO COM ALEGRIA...?** *Mostrar cartão 3*(0) Sim, como de costume(1) Um pouco menos que de costume(2) Muito menos que de costume (3) Praticamente não(8) NSA(9) IGNA137) **O(A) SR.(A) TEM SE CULPADO SEM RAZÃO QUANDO AS COISAS DÃO ERRADO...?***Mostrar cartão 3*(0) Não, de jeito nenhum(1) Raramente(2) Sim, às vezes(3) Sim, muito frequentemente(8) NSA(9) IGNA138) **O(A) SR.(A) TEM FICADO ANSIOSO(A) OU PREOCUPADO(A) SEM UMA BOA RAZÃO...?***Mostrar cartão 3*(3) Sim, muito seguido(2) Sim, às vezes(1) De vez em quando(0) Não, de jeito nenhum(8) NSA(9) IGNA139) **O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO ASSUSTADO(A) OU EM PÂNICO SEM UM BOM MOTIVO...?** *Mostrar cartão 3*(3) Sim, muito seguido(2) Sim, às vezes(1) Raramente (0) Não, de jeito nenhum(8) NSA(9) IGNA140) **O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO SOBRECARREGADO(A) PELAS TAREFAS E ACONTECIMENTOS DO SEU DIA-A-DIA...?***Mostrar cartão 3*(3) Sim. Na maioria das vezes não consegue lidar bem com eles(2) Sim. Algumas vezes consegue lidar bem como antes(1) Não. Na maioria das vezes consegue lidar bem com eles (0) Não. Consegue lidar com eles tão bem quanto antes(8) NSA(9) IGNA141) **O(A) SR(A) TEM SE SENTIDO TÃO INFELIZ QUE TEM TIDO DIFICULDADE DE DORMIR...?***Mostrar cartão 3*(3) Sim, na maioria das vezes(2) Sim, algumas vezes(1) Raramente(0) Não, nenhuma vez(8) NSA(9) IGNA142) **O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO TRISTE OU MUITO MAL...?***Mostrar cartão 3*(3) Sim, na maioria das vezes(2) Sim, muitas vezes(1) Raramente(0) Não, de jeito nenhum(8) NSA(9) IGNA143) **O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO TÃO TRISTE QUE TEM CHORADO...?***Mostrar cartão 3*(3) Sim, a maior parte do tempo(2) Sim, muitas vezes(1) Só de vez em quando(0) Não, nunca(8) NSA(9) IGNA144) **O(A) SR.(A) TEM PENSADO EM FAZER ALGUMA COISA CONTRA SI MESMO(A) ...?***Mostrar cartão 3*(3) Sim, muitas vezes(2) Às vezes (1) Raramente(0) Nunca(8) NSA(9) IGN**ATENÇÃO!!**Se a soma das alternativas de resposta (questões A135 a A144) for🡪 **IGUAL OU MAIOR A 13,** ao final da entrevista entregue a lista com locais de atendimento ao entrevistado.**ALERTA:** Para as questões A145 até A159, serão excluídos os indivíduos cadeirantes e/ou acamados ou com alguma impossibilidade de permanecer em pé.O(A) entrevistado(a) apresenta alguma dessas condições?(0) Não (1) Sim 🡪*Vá para A160***AGORA EU PERGUNTAREI SOBRE O TEMPO QUE O(A) SR.(A) PASSA REALIZANDO DIFERENTES TIPOS DE ATIVIDADES FÍSICAS EM UMA SEMANA NORMAL.** |
| **POR FAVOR, RESPONDA ESTAS PERGUNTAS MESMO QUE NÃO SE CONSIDERE UMA PESSOA FISICAMENTE ATIVA.** **PENSE PRIMEIRO SOBRE O TEMPO QUE O(A) SR.(A) PASSA NO TRABALHO.** **CONSIDERE TRABALHO COMO SENDO AS TAREFAS QUE O(A) SR.(A) TEM QUE FAZER, REMUNERADAS OU VOLUNTÁRIAS, INCLUINDO ESTUDAR, TREINAR, ARRUMAR A CASA OU VARRER O QUINTAL.** **PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS QUESTÕES, POR FAVOR, CONSIDERE QUEATIVIDADES FÍSICAS INTENSAS SÃO AQUELAS QUE PRECISAM DE UM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE CAUSAM UM GRANDE AUMENTO EM SUA RESPIRAÇÃO E BATIMENTOS DO CORAÇÃO, E QUE ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS SÃO AQUELA QUE EXIGEM ESFORÇO FÍSICO MODERADO E PROVOCAM UM PEQUENO AUMENTO EM SUA RESPIRAÇÃO E BATIMENTOS DO CORAÇÃO.**A145)**O SEU TRABALHO ENVOLVE ATIVIDADES FÍSICAS INTENSAS COMOCARREGAR GRANDES PESOS, CAPINAR, TRABALHAR COM ENXADA OU TRABALHAR COM CONSTRUÇÃO, FAZER SERVIÇOS DOMÉSTICOS DENTRO DE CASA OU NO QUINTAL POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS?** *Mostrar cartão 4A*(0)Não🡪*Vá para A148*(1)Sim(9) IGN🡪*Vá para A148*A146)**EM UMA SEMANA NORMAL, EM QUANTOS DIAS O(A)SR.(A)FAZATIVIDADES FÍSICAS INTENSAS COMO PARTE DO SEU TRABALHO?** \_\_dias [8 = NSA / 9=IGN]A147)**QUANTO TEMPO O(A)SR.(A)PASSA REALIZANDO ATIVIDADES FÍSICAS INTENSAS EM UM DIA NORMAL DE TRABALHO?**\_\_ \_\_ horas \_\_ \_\_ minutos[88/88 = NSA / 99/99=IGN]A148)**O SEU TRABALHO ENVOLVE ATIVIDADES DE INTENSIDADE MÉDIA COMO CAMINHAR EM RITMO RÁPIDO OU CARREGAR PESOS LEVES, ATIVIDADES DOMÉSTICAS DENTRO DE CASA OU NO QUINTAL COMO VARRER, ASPIRAR, OU CORTAR A GRAMA POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS?** *Mostrar cartão 4B*(0)Não🡪 *Vá paraA151*(1)Sim(9) IGN🡪 *Vá para A151*A149)**EM UMA SEMANA NORMAL, QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) REALIZA ATIVIDADES DE INTENSIDADE MÉDIA COMO PARTE DO SEU TRABALHO?** \_\_ dias [8 = NSA / 9=IGN]A150)**QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) PASSA REALIZANDO ATIVIDADES DE INTENSIDADE MÉDIA EM UM DIA NORMAL DE TRABALHO?**\_\_ \_\_ horas [88/88 = NSA / 99/99 = IGN]\_\_ \_\_ minutos[88/88 = NSA / 99/99=IGN]**POR FAVOR, PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS QUESTÕES EXCLUA AS ATIVIDADES FÍSICAS QUE O(A) SR.(A) REALIZA NO TRABALHO E JÁ MENCIONADAS ANTERIORMENTE.** **AGORA, POR FAVOR, PENSE SOBRE COMO O(A) SR.(A) COSTUMA SE DESLOCAR DE UM LUGAR PARA OUTRO, COMO, POR EXEMPLO, PARA IR AO TRABALHO, MERCADO, IGREJA, LAVOURA OU OUTROS LOCAIS QUE O(A) SR.(A) FREQUENTA.**A151) **O(A) SR.(A) CAMINHA OU UTILIZA BICICLETA POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS PARA IR DE UM LUGAR PARA OUTRO?***Mostrar cartão 4C*(0)Não🡪 *Vá para A154*(1)Sim(9) IGN🡪 *Vá para A154*A152)**EM UMA SEMANA NORMAL, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) CAMINHA OU ANDA DE BICICLETA POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS PARA IR DE UM LUGAR A OUTRO?** \_\_ dias[8 = NSA / 9=IGN]A153)**QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) PASSA CAMINHANDO OU ANDANDO DE BICICLETA PARA IR DE UM LUGAR A OUTRO EM UM DIA NORMAL?**\_\_ \_\_ horas \_\_ \_\_ minutos[88/88 = NSA / 99/99=IGN]**POR FAVOR, PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS QUESTÕES NÃO CONSIDERE AS ATIVIDADES FÍSICAS QUEO(A) SR.(A) REALIZA NO SEU TRABALHO OU AO SE DESLOCAR DE UM LUGAR PARA O OUTRO, QUE O(A) SR.(A) JÁ MENCIONOU ANTERIORMENTE.** **AGORA, POR FAVOR, PENSE SOBRE ESPORTES, EXERCÍCIOS FÍSICOS E OUTRAS ATIVIDADES RECREATIVAS COMO DANÇAR E PEDALAR, QUE O(A) SR.(A) FAZ EM UMA SEMANA NORMAL. LEMBRE-SE QUE ATIVIDADES FÍSICAS INTENSAS SÃO AQUELAS QUE PRECISAM DE UM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE CAUSAM UM GRANDE AUMENTO EM SUA RESPIRAÇÃO E BATIMENTOS DO CORAÇÃO, E QUE ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS SÃO AQUELAS QUE EXIGEM ESFORÇO FÍSICO MODERADO E PROVOCAM UM PEQUENO AUMENTO EM SUA RESPIRAÇÃO E BATIMENTOS DO CORAÇÃO.**A154) **O(A) SR.(A) REALIZA ALGUM ESPORTE, EXERCÍCIO FÍSICO OU ATIVIDADE RECREATIVA INTENSA COMO CORRER OU PRATICAR ESPORTES INTENSOS COMO GINÁSTICA AERÓBICA, FUTEBOL, PEDALAR RÁPIDO DE BICICLETA, BASQUETE, VÔLEI, MUSCULAÇÃO, LUTAS POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS?** *Mostrar cartão 4D*(0)Não🡪 *Vá paraA157*(1)Sim(9) IGN🡪 *Vá paraA157*A155)**EM UMA SEMANA NORMAL, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) REALIZA ESPORTES, EXERCÍCIOS FÍSICOS OU ATIVIDADES RECREATIVAS INTENSAS?** \_\_ dias[8 = NSA / 9=IGN]A156)**QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) PASSA REALIZANDO ESPORTES, EXERCÍCIOS FÍSICOS OU ATIVIDADES RECREATIVAS INTENSAS EM UM DIA NORMAL?**\_\_ \_\_ horas \_\_ \_\_ minutos[88/88 = NSA / 99/99=IGN]A157) **O(A) SR.(A) REALIZA ALGUM ESPORTE, EXERCÍCIO FÍSICO OU ATIVIDADE RECREATIVA DE INTENSIDADE MÉDIA COMO CAMINHARRÁPIDO, PEDALAR DEVAGAR A BICICLETA, NADAR, GINÁSTICA, YÔGA, PILATES, JOGAR ESPORTES RECREATIVOS POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS?** *Mostrar cartão 4E*(0)Não🡪 *Vá para A160*(1)Sim(9) IGNA158)**EM UMA SEMANA NORMAL, EM QUANTOS DIAS O(A) SR.(A) REALIZA ESPORTES, EXERCÍCIOS FÍSICO OU ATIVIDADES RECREATIVAS DE INTENSIDADE MÉDIA?**\_\_ dias[8 = NSA / 9=IGN]A159)**QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) PASSA REALIZANDO ESPORTES, EXERCÍCIOS FÍSICOS OU ATIVIDADES RECREATIVAS DE INTENSIDADE MÉDIA EM UM DIA NORMAL?**\_\_ \_\_ horas \_\_ \_\_ minutos[88/88 = NSA / 99/99=IGN]**AGORA, POR FAVOR, PENSE SOBRE O TEMPO QUE O(A) SR.(A) PASSA SENTADO EM CASA, NO TRABALHO OU SE DESLOCANDO DE CARRO/ÔNIBUS. POR FAVOR, NÃO CONSIDERE O TEMPO QUE O(A) SR.(A) PASSA DORMINDO.**A160)**QUANTO TEMPOO(A) SR.(A) COSTUMA FICAR SENTADO(A) OU RECLINADO(A) EM UM DIA NORMAL?***Mostrarcartão4F*\_\_ \_\_ horas \_\_ \_\_ minutos[88/88 = NSA / 99/99=IGN] |
| **AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE CRIMINALIDADE E PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA.**A161)**O(A) SR.(A) CONSIDERA SUA VIZINHANÇA SEGURA CONTRA CRIMES?**(0) Não(1) Mais ou menos(2)Sim(9) IGNA162)**DESDE** <MÊS>**DO ANO PASSADOQUANTAS VEZES ACONTECEU COMPRA OU VENDA DE DROGAS PERTO DA SUA CASA?**(0) Nunca(1) Uma vez(2) Mais que uma vez(9) IGNA163) **DESDE** *<MÊS>***DO ANO PASSADO, QUANTAS VEZES ACONTECEU UM FURTO NA SUA VIZINHANÇA, ISTO É, FOI LEVADO ALGO SEM USO DE VIOLÊNCIA OU AMEAÇA?**(0) Nunca(1) Uma vez(2) Mais que uma vez(9) IGNA164)**DESDE** *<MÊS>* **DO ANO PASSADO, QUANTAS VEZES ACONTECEU UMA AGRESSÃO FÍSICA ENTRE PESSOAS NA SUA VIZINHANÇA?**(0) Nunca(1) Uma vez(2) Mais que uma vez(9) IGNA165)**DESDE** *<MÊS>* **DO ANO PASSADO, QUANTAS VEZES ACONTECEU UM ROUBO NA SUA VIZINHANÇA, ISTO É, FOI LEVADO ALGO COM USO DE VIOLÊNCIA OU AMEAÇA?**(0) Nunca(1) Uma vez(2) Mais que uma vez(9) IGNA166)**DESDE***<MÊS>***DOANO PASSADO, QUANTAS VEZES ACONTECEUASSASSINATO NA SUA VIZINHANÇA?**(0) Nunca(1) Uma vez(2) Mais que uma vez(9) IGNA167)**DESDE** *<MÊS>***DO ANO PASSADO, QUANTAS VEZES O(A) SR.(A) FOI VÍTIMA DE FURTO, ISTO É, FOI LEVADO ALGUM PERTENCE SEU SEM USO DE VIOLÊNCIA OU AMEAÇA?**(0) Nunca(1) Uma vez(2) Mais que uma vez(9) IGNA168)**DESDE** *<MÊS>***DOANO PASSADO, QUANTAS VEZES O(A) SR.(A) FOI VÍTIMA DE ROUBO, ISTO É, FOI LEVADO ALGUM PERTENCE SEU COM USO DE VIOLÊNCIA OU AMEAÇA?**(0) Nunca(1) Uma vez(2) Mais que uma vez(9) IGNA169)**DESDE** *<MÊS>***DOANO PASSADO, QUANTAS VEZESO(A) SR.(A) FOI VÍTIMA DE AGRESSÃO FÍSICADE ALGUÉM QUE NÃO SEJA DA SUA FAMÍLIA?**(0) Nunca(1) Uma vez(2) Mais que uma vez(9) IGNA170)**DESDE** *<MÊS>***DOANO PASSADO, QUANTAS VEZESO(A) SR.(A) SE ENVOLVEU EM UMA BRIGA COM USO DE AGRESSÃO FÍSICA?**(0) Nunca(1) Uma vez(2) Mais que uma vez(9) IGN**MEDIDAS**A171)*Observare anotar. O(A) entrevistado(a) tem alguma impossibilidade de permanecer na posição ereta (cadeirantes e/ou acamados ou com prótese nos membros inferiores)?*(0) Não(1) Sim🡪*Vá para A174**SÓ PARA MULHERES:*A172)**A SRA ESTÁ GRÁVIDA OU TEVE FILHO HÁ MENOS DE 6 MESES?**(0) Não(1) Sim 🡪*Vá para A174*(8) NSAA173)**O(A) SR.(A) USA GESSO EM ALGUMAPARTE DO CORPO?**(0) Não(1) Sim🡪*Vá para medida 3* |
| Medida 1 **– AGORA, GOSTARIA DE MEDIR A SUA ALTURA. O(A) SR.(A) PODE FICAR DESCALÇO, POR FAVOR. SUBA NO ESTADIÔMETRO DE COSTAS PARA ELE, COM OS PÉS JUNTOS, DE MANEIRA QUE OS OSSOSDO TORNOZELO FIQUEM ENCOSTADOS. POR FAVOR, PERMANEÇACOM AS MÃOS AO LONGO DO CORPO E OLHANDO PARA FRENTE.**Alerta:Para registrar a medida utilize vírgula. Utilize a casa decimal após a vírgula e não arredonde. |
| Resultado da medida1: \_\_ \_\_ \_\_ , \_\_ cm [888,8 =NSA][999,9 = IGN]Se a altura não pode ser medida por qualquer motivo, registre aqui:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Medida 2 :**AGORA, GOSTARIA DE PESAR O(A) SR.(A). POR FAVOR, VOU PRECISAR QUE O(A) SR.(A) SUBA NA BALANÇA E OLHE PARA FRENTE, COM OS BRAÇOS AO LONGODO CORPO.PERMANEÇA EM PÉ, COM O PESO IGUALMENTE DISTRIBUÍDO EM AMBOS OS PÉS.** Alerta:Para registrar a medida utilize vírgula. Preencha todas as casas, incluindo o zero quando necessário e não arredonde. Ex.: 90,8 = 090,8 |
| Anote o valor que aparecer no visor da balança:**\_\_ \_\_ \_\_ ,\_\_**kg[888,8 =NSA][999,9 = IGN]Se o peso não pode ser aferido por qualquer motivo, registre aqui. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Anote as roupas que o entrevistado está usando. *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Medida 3:**AGORA, GOSTARIA DE MEDIR A SUA CINTURA. O(A) SR.(A) PODE PERMANECER DE PÉ. POR FAVOR, VOU PRECISAR QUE O(A) SR.(A) FIQUE COM A SUA CINTURA EXPOSTA PARA MEDI-LA.****ALERTA:** Para registrar a medida utilize vírgula. Preencha todas as casas, incluindo o zero quando necessário e não arredonde. Ex.: 82,4 = 082,4 |
| Anote o resultado da 1ª medida: **\_\_ \_\_ \_\_ , \_\_**cm [888,8 =NSA][999,9 = IGN]Anote o resultado da 2ª medida: **\_\_ \_\_ \_\_ , \_\_** cm[888,8 =NSA][999,9 = IGN]Se a diferença entre a primeira e a segunda medida for maior do que 1 cm, realizar a terceira medida.Anote o resultado da 3ª medida: **\_\_ \_\_ \_\_, \_\_**cm[888,8 =NSA][999,9 = IGN]Se a circunferência da cintura não pode ser medida por qualquer motivo, registre aqui:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Alerta:As questões A174até A209 só poderão ser respondidas pelo(a) próprio(a) entrevistado(a). NÃO poderão ser respondidas por outra pessoa (cuidador ou responsável).O(A) entrevistado(a) está respondendo o questionário sozinho(a) ou sem ajuda?(0) Não 🡪*Finalize o bloco A*(1) Sim**AGORA EU VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS E O(A) SR.(A.) IRÁ ESCOLHER A RESPOSTA QUE MELHOR REFLETE COMO TEM SE SENTIDO NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS** |
| **AS QUESTÕES A SEGUIR SÃO SOBRE COMO O(A) SR.(A) SE SENTE A RESPEITO DA SUA QUALIDADE DE VIDA. POR FAVOR, ESCOLHA A RESPOSTA QUE LHE PARECER MAIS ADEQUADA. SE O(A) SR.(A) NÃO TIVERCERTEZA DE QUAL RESPOSTA ESCOLHER, GERALMENTE, A PRIMEIRA QUE O(A) SR.(A) PENSOU É A MELHOR. POR FAVOR, PENSE SOBRE SEUS VALORES, PREOCUPAÇÕES, PRAZERES E DESEJOS. LEMBREQUE AS SUAS RESPOSTAS DEVEM SER BASEADAS NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.**A174)**COMO É SUA QUALIDADE DE VIDA...?***Ler opções*(1) **Muito ruim**(2) **Ruim**(3) **Regular**(4) **Boa**(5) **Muito boa**(9) IGNA175)**O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM SUA SAÚDE...?***Ler opções*(1) **Muito insatisfeito(a)**(2) **Insatisfeito(a)**(3) **Regular**(4) **Satisfeito(a)**(5) **Muito satisfeito(a)**(9) IGNATENÇÃO: Entregue o Cartão 5 ao(a) entrevistado(a)A176)**O(A) SR.(A) TEVE ALGUMA DOR QUE LHE IMPEDIU DE FAZER O QUE PRECISAVA...?** *Ler opções e mostrar cartão5A*(5) **Não**(4) **Muito pouco**(3) **Mais ou menos**(2) **Bastante**(1) **Completamente**(9) IGNA177)**O(A) SR.(A) PRECISA DE ALGUM TRATAMENTO MÉDICO PARA FAZER SUAS ATIVIDADES DO DIA-A-DIA?***Mostrar cartão5A*(5) Não(4) Muito pouco (3) Mais ou menos (2) Bastante (1) Completamente(9) IGNA178)**O(A) SR.(A) APROVEITA A VIDA?***Ler opções emostrar cartão 5B*(1) **Não**(2) **Muito pouco**(3) **Mais ou menos**(4) **Bastante**(5) **Completamente**(9) IGNA179)**O(A) SR.(A) ACHA QUE A SUA VIDA TEM SENTIDO?***Mostrar cartão 5B*(1) Não(2) Muito pouco(3) Mais ou menos(4) Bastante(5) Completamente(9) IGNA180) **O(A) SR.(A) CONSEGUE SE CONCENTRAR?***Mostrar cartão 5B*(1) Não(2) Muito pouco(3) Mais ou menos(4) Bastante(5) Completamente(9) IGNA181)**O(A) SR.(A) SE SENTE SEGURO NO SEU DIA-A-DIA?***Mostrar cartão5B*(1) Não(2) Muito pouco(3) Mais ou menos(4) Bastante(5) Completamente(9) IGNA182)**O(A) SR.(A) ACHA QUE O MEIO EM QUE O(A) SR.(A) VIVE É SAUDÁVEL?** *Mostrar cartão 5B*(1) Não(2) Muito pouco(3) Mais ou menos(4) Bastante(5) Completamente(9) IGN**AS QUESTÕES SEGUINTES PERGUNTAM SOBRE O QUANTO O(A) SR.(A) FOI CAPAZ DE FAZER CERTAS COISAS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS. ALGUMAS DELAS PODEM PARECER REPETIDAS, NÃO SE PREOCUPE É ASSIM MESMO.**A183)**O(A) SR.(A) TEM ENERGIA SUFICIENTE PARA O SEU DIA-A-DIA?***Mostrar cartão 5B*(1) Não(2) Muito pouco(3) Mais ou menos(4) Bastante(5) Completamente(9) IGNA184)**O(A) SR.(A) ACEITA A SUA APARÊNCIA FÍSICA?***Mostrar cartão5B*(1) Não(2) Muito pouco(3) Mais ou menos(4) Bastante(5) Completamente(9) IGNA185)**O(A) SR.(A)TEM DINHEIRO SUFICIENTE PARA REALIZAR SUAS NECESSIDADES?** *Mostrar cartão 5B*(1) Não (2) Muito pouco(3) Mais ou menos(4) Bastante(5) Completamente(9) IGNA186)**O(A) SR.(A)CONSEGUE AS INFORMAÇÕES QUE PRECISA?** *Mostrar cartão 5B*(1) Não(2) Muito pouco(3) Mais ou menos(4) Bastante(5) Completamente(9) IGNA187)**O(A) SR.(A) REALIZA ATIVIDADES DE LAZER?** *Mostrar cartão 5B*(1) Não(2) Muito pouco(3) Mais ou menos(4) Bastante(5) Completamente(9) IGNA188)**O(A) SR.(A) É CAPAZ DE SE MOVIMENTAR...?***Ler opções*(1) **Muito mal**(2) **Mal**(3) **Regular**(4) **Bem**(5) **Muito bem**(9) IGNA189)**O(A)SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM O SEU SONO...?***Ler opções e mostrar cartão 5C*(1) **Muito insatisfeito(a)** (2) **Insatisfeito(a)** (3) **Regular**(4) **Satisfeito(a)**(5) **Muito satisfeito(a)**(9) IGNA190)**O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM SUA CAPACIDADE PARA FAZER SUAS TAREFAS DO DIA-A-DIA?***Mostrarcartão5C*(1) Muito insatisfeito(a) (2) Insatisfeito(a) (3) Regular(4) Satisfeito(a) (5) Muito satisfeito(a)(9) IGNA191)**O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM SUA CAPACIDADE PARA TRABALHAR?***Mostrar cartão 5C*(1) Muito insatisfeito(a) (2) Insatisfeito(a) (3) Regular(4) Satisfeito(a) (5) Muito satisfeito(a)(9) IGNA192)**O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) CONSIGO MESMO(A)?***Mostrar cartão5C*(1) Muito insatisfeito(a) (2) Insatisfeito(a) (3) Regular (4) Satisfeito(a) (5) Muito satisfeito(a)(9) IGNA193)**O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM SUAS RELAÇÕES PESSOAIS?***Mostrar cartão 5C*(1) Muito insatisfeito(a) (2) Insatisfeito(a) (3) Regular(4) Satisfeito(a) (5) Muito satisfeito(a)(9) IGNA194)**O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM SUA VIDA SEXUAL?** *Mostrar cartão 5C*(1) Muito insatisfeito(a) (2) Insatisfeito(a) (3) Regular (4) Satisfeito(a) (5) Muito satisfeito(a)(9) IGNA195)**O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM O APOIO QUE RECEBE DOS SEUS AMIGOS?***Mostrar cartão 5C*(1) Muito insatisfeito(a) (2) Insatisfeito(a) (3) Regular(4) Satisfeito(a) (5) Muito satisfeito(a)(9) IGNA196)**O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM O LOCAL ONDE MORA?***Mostrar cartão 5C*(1) Muito insatisfeito(a) (2) Insatisfeito(a) (3) Regular (4) Satisfeito(a) (5) Muito satisfeito(a)(9) IGNA197)**O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM A FACILIDADE PARA CONSEGUIR ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE SAÚDE?***Mostrar cartão5C*(1) Muito insatisfeito(a) (2) Insatisfeito(a) (3) Regular(4) Satisfeito(a) (5) Muito satisfeito(a)(9) IGNA198)**O(A) SR.(A) ESTÁ SATISFEITO(A) COM O MEIO DE TRANSPORTE QUE USA?***Mostrar cartão 5C*(1) Muito insatisfeito(a) (2) Insatisfeito(a) (3) Regular(4) Satisfeito(a) (5) Muito satisfeito(a)(9) IGN**A PRÓXIMA QUESTÃO É SOBRE A FREQUÊNCIA COM QUE O(A) SR.(A) SENTIU OU VIVEU CERTAS COISAS NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.**A199)**O(A) SR.(A) TEM SENTIMENTOS NEGATIVOS, TAIS COMO MAU HUMOR, TRISTEZA, ANSIEDADE, DEPRESSÃO...?***Ler opções*(5) **Nunca**(4) **Raramente**(3) **Frequentemente**(2) **Muito frequentemente**(1) **Sempre**(9) IGN |
| **AGORA VAMOS FALAR SOBRE O SEU SONO, POR FAVOR, DE ACORDO COM O CARTÃO DIGA QUAL O****NÚMERO QUE MELHOR DESCREVE A SUA RESPOSTA:**A200)**COM QUE FREQUÊNCIAO(A) SR.(A) TEM DIFICULDADE DE ADORMECER À NOITE ...?***Ler opções e mostrar cartão6*(1) **Nunca**(2) **Muito raramente**(3) **Raramente**(4) **Às vezes**(5) **Frequentemente**(6) **Muito frequentemente**(7) **Sempre**(9) IGNA201)**COM QUE FREQUÊNCIAO(A) SR.(A) ACORDA DE MADRUGADA E NÃO CONSEGUE ADORMECER DE NOVO?***Mostrar cartão6*(1) Nunca(2) Muito raramente(3) Raramente(4) Às vezes(5) Frequentemente(6) Muito frequentemente(7) Sempre(9) IGNA202)**COM QUE FREQUÊNCIAO(A) SR.(A) TOMA TRANQUILIZANTES OU REMÉDIOS PARA DORMIR?***Mostrar cartão6*(1) Nunca(2) Muito raramente(3) Raramente(4) Às vezes(5) Frequentemente(6) Muito frequentemente(7) Sempre(9) IGNA203)**COM QUE FREQUÊNCIAO(A) SR.(A) DORME DURANTE O DIA?***Mostrarcartão6*(1) Nunca(2) Muito raramente(3) Raramente(4) Às vezes(5) Frequentemente(6) Muito frequentemente(7) Sempre(9) IGN A204)**COM QUE FREQUÊNCIAAO ACORDAR DE MANHÃ, O(A) SR.(A) AINDA SE SENTE CANSADO(A)?***Mostrar cartão6*(1) Nunca (2) Muito raramente(3) Raramente(4) Às vezes(5) Frequentemente(6) Muito frequentemente(7) Sempre(9) IGN A205)**COM QUE FREQUÊNCIAO(A) SR.(A) RONCA À NOITE (QUE O(A) SR.(A) SAIBA)?***Mostrar cartão6*(1) Nunca(2) Muito raramente(3) Raramente(4) Às vezes(5) Frequentemente(6) Muito frequentemente(7) Sempre(9) IGN A206)**COM QUE FREQUÊNCIAO(A) SR.(A) ACORDA DURANTE ÀNOITE?***Mostrar cartão6*(1) Nunca(2) Muito raramente(3) Raramente(4) Às vezes(5) Frequentemente(6) Muito frequentemente(7) Sempre(9) IGN A207)**COM QUE FREQUÊNCIAO(A) SR.(A) ACORDA COM DOR DE CABEÇA?***Mostrar cartão6*(1) Nunca(2) Muito raramente(3) Raramente(4) Às vezes(5) Frequentemente(6) Muito frequentemente(7) Sempre(9) IGN A208)**COM QUE FREQUÊNCIAO(A) SR.(A) SENTE CANSAÇO SEM TER NENHUM MOTIVO APARENTE?***Mostrar cartão6*(1) Nunca(2) Muito raramente(3) Raramente(4) Às vezes(5) Frequentemente(6) Muito frequentemente(7) Sempre(9) IGNA209)**COM QUE FREQUÊNCIAO(A) SR.(A)TEM SONO AGITADO, COMO MUDANÇAS DE POSIÇÃO OU MOVIMENTOS DE PERNAS/BRAÇOS (QUE O(A) SR.(A) SAIBA)?***Mostrar cartão6*(1) Nunca(2) Muito raramente(3) Raramente(4) Às vezes(5) Frequentemente(6) Muito frequentemente(7) Sempre(9) IGN **MUITO OBRIGADA PELA SUA ATENÇÃO E POR TER RESPONDIDO NOSSAS PERGUNTAS!** |