

Número do Questionário |_|_|_|_|

Número do Setor |_|_|

Número do Domicílio |_|_|_|_|



SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO NA AMÉRICA LATINA E CARIBE

Projeto SABE



Organização Pan-Americana da Saúde

Faculdade de Saúde Pública/ Universidade de São Paulo

PESQUISA SOBRE SAÚDE, BEM ESTAR E ENVELHECIMENTO, 1999

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO |_|_|_|_|_|_|_|_|

SETOR: _____

BAIRRO: _____

ENDEREÇO (rua, ruela, número externo e interno): _____

QUARTEIRÃO DA LISTA |_|_|_|_| SEGMENTO |_|_|_| DOMICÍLIO |_|_|_| CASA |_|_|_|

TOTAL DE PESSOAS ENTREVISTADAS NO MESMO DOMICÍLIO |_|

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

PARENTESCO _____

NOME DO ENTREVISTADO				SEXO: H M
VISITAS	1	2	3	4
DATA	_ _ DIA _ MÊS	_ _ DIA _ MÊS	_ _ DIA _ MÊS	_ _ DIA _ MÊS
NOME DO ENTREVISTADOR				
CÓDIGO DO ENTREVISTADOR	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
HORA DE INÍCIO	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
HORA DE TÉRMINO	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
DURAÇÃO	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
RESULTADO*	_ _	_ _	_ _	_ _

*** Códigos de Resultados:**

- 01 Entrevista completa
- 02 Entrevista completa com informante substituto
- 03 Entrevista completa com informante auxiliar
- 04 Entrevista incompleta(anote em observações)
- 05 Entrevista adiada

- 06 Ausente temporário
- 07 Nunca encontrou a pessoa
- 08 Recusou-se
- 09 Incapacitado e sem informante
- 10 Outros (anote em observações)

OBSERVAÇÕES: _____

NOME DO INFORMANTE SUBSTITUTO OU AUXILIAR:	PARENTESCO COM O ENTREVISTADO:			TEMPO DE CONHECIMENTO (NO CASO DE NÃO SER FAMILIAR)	
	SUPERVISÃO	CRÍTICA	CODIFICAÇÃO	DIGITAÇÃO	
NOME					
DATA	_ _ _ _ DIA MÊS	_ _ _ _ DIA MÊS	_ _ _ _ DIA MÊS	_ _ _ _ DIA MÊS	

2000

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

HORA DE INÍCIO: |_|_|:|_|_|

DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o Sr não deseje responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

<p>A.1a</p> <p>Em que mês e ano o(a) Sr(a) nasceu?</p>	<p>MÊS _ _ </p> <p>ANO _ _ _ _ </p>
<p>A.1b</p> <p>Quantos anos completos o(a) Sr.(a) tem?</p>	<p>IDADE _ _ _ _ </p>
<p>A.1c ATENÇÃO:</p> <p>SOME A IDADE COM O ANO DE NASCIMENTO E ANOTE O TOTAL. SE O(A) ENTREVISTADO(A) JÁ FEZ ANIVERSÁRIO EM 2000, A SOMA DEVE SER 2000. SE NÃO FEZ ANIVERSÁRIO AINDA, A SOMA DEVE SER 1999.</p> <p>NO CASO DE INCONSISTÊNCIA, ESCLAREÇA COM O(A) ENTREVISTADO(A). PEÇA ALGUM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO QUE MOSTRE A DATA DE NASCIMENTO OU A IDADE.</p> <p>SE A PESSOA TIVER MENOS DE 60 ANOS, AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA.</p>	<p>SOMA _ _ _ _ </p>
<p>A.2</p> <p>O(a) Sr(a) nasceu no Brasil?</p>	<p>SIM 1 → VÁ PARA A4a</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>A.3</p> <p>Em que país o(a) Sr(a) nasceu?</p>	<p>País _____</p>
<p>A.4a</p> <p>No total, quantos anos o(a) Sr(a) viveu no Brasil?</p>	<p>ANOS _ _ _ _ </p> <p>NS 998</p> <p>NR 999</p>
<p>A.4b</p> <p>Desde que o Sr.(a) nasceu até os 15 anos, viveu no campo por 5 anos ou mais?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>A.5a</p> <p>O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever um recado?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NR 9</p>

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.5b

O(a) Sr.(a) foi à escola?

SIM 1
 NÃO 2 -
 NS 8 >
 NR 9

VÁ
PARA
A.7

A.6

Qual a última série de que grau, na escola, o Sr. obteve com aprovação?

ANOTE A SÉRIE DO ÚLTIMO GRAU APROVADO E REGISTRE SÓ A OPÇÃO QUE CORRESPONDA A ESSE GRAU.

Primeiro grau (ou primário + ginásio) 01 |____|
 Segundo grau (antigo clássico e científico) 02 |____|
 Primeiro grau + auxiliar técnico 03 |____|
 Técnico de nível médio (ex: técnico em contabilidade, laboratório) 04 |____|
 Magistério - segundo grau (antigo normal) 06 |____|
 Graduação (nível superior) 07 |____|
 Pós-graduação 08 |____|
 NS 988
 NR 999

A.7

Atualmente o(a) Sr (a) vive sozinho ou acompanhado?

SOZINHO 1
 ACOMPANHADO 2
 NR 9

A.7a Há 5 anos, o Sr. morava exatamente com as mesmas pessoas com quem mora agora? ou morava sozinho?

UTILIZE A REDAÇÃO CORRESPONDENTE SEGUNDO O CASO

SIM 1 →
 NÃO 2
 NR 9

VÁ PARA
A.8

A.7b

Há 5 anos o(a) Sr.(a) vivia...

LEIA CADA OPÇÃO E CIRCULE TODAS AS AFIRMATIVAS

SÓ? 1
 COMESPOSO(A) OU COMPANHEIRO (A)? 2
 COM UM OU MAIS FILHO(A)(S) CASADO(A)(S) ? 3
 COM UM OU MAIS FILHO(A)(S) SOLTEIRO(A)(S) ? 4
 COM OUTRO FAMILIAR? 5
 COM OUTRO NÃO FAMILIAR? 6
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.7c

Por que o(a) Sr(a) já não mora com as mesmas pessoas com quem morava há 5 anos?

ANOTE TODAS AS OPÇÕES MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

RAZÕES RELACIONADAS COM SEUS FILHOS:

- ECONÔMICAS 01
- SEPARAÇÃO CONJUGAL 02
- UNIÃO CONJUGAL 03
- PARA CUIDAR DAS CRIANÇAS 04

RAZÕES RELACIONADAS COM SUA SITUAÇÃO PESSOAL:

- ECONÔMICAS 05
- SEPARAÇÃO CONJUGAL 06
- FALECIMENTO 07
- SE SENTIA SÓ 08
- PRECISAVA DE AJUDA 09
- FICOU DOENTE 10
- OUTRO 11
Especifique
- NS 98
- NR 99

A.8

Em geral, o(a) Sr.(a) gosta de morar sozinho?

Ou...

com as pessoas com quem mora hoje?

UTILIZE A REDAÇÃO CONFORME A SITUAÇÃO

- SIM 1 →
- NÃO 2
- NS 8
- NR 9

VÁ PARA A.10a

A.9

Se o(a) Sr(a) pudesse escolher, preferiria morar...

LEIA AS OPÇÕES E ANOTE TODAS AS AFIRMATIVAS

- SÓ? 1
- COM ESPOSO(A) OU COMPANHEIRO(A)? 2
- COM FILHO(A)? 3
- COM NETO(A)? 4
- COM OUTRO FAMILIAR? 5
- COM OUTRO NÃO FAMILIAR? 6
- NS 8
- NR 9

A.10a

Há 5 anos, o(a) Sr.(a) morava nesta mesma casa?

- SIM 1 →
- NÃO 2
- NR 9

VÁ PARA A.11a

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.10b

Qual a principal razão pela qual o(a) Sr.(a) veio morar aqui?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

- ESTAR PERTO DE OU COM O(A) FILHO(A) 01
- ESTAR PERTO DE OU COM FAMILIARES OU AMIGOS 02
- ESTAR PERTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 03
- MEDO DA VIOLÊNCIA 04
- FALECIMENTO DO(A) ESPOSO(A)/COMPANHEIRO(A) 05
- POR SEPARAÇÃO CONJUGAL 06
- POR UNIÃO CONJUGAL 07
- CUSTO DA MORADIA 08
- OUTRO _____ 09
Especifique
- NS 98
- NR 99

VÁ PARA
A.11a

A.10c

Por que o Sr. desejava estar com ou perto dos filhos, com outros familiares ou amigos?

ANOTE TODAS AS OPÇÕES MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

- POR PROBLEMAS DE SAÚDE:
- SEUS (PRÓPRIOS) 01
- DO(S) FILHO(S) OU FAMILIARES 02
- POR PROBLEMAS ECONÔMICOS:
- SEUS (PRÓPRIOS) 03
- DO(S) FILHO(S) OU FAMILIARES 04
- PORQUE SE SENTIA SÓ 05
- PARA AJUDAR A CUIDAR DOS NETOS OU OUTRAS CRIANÇAS 06
- PORQUE PENSA QUE OS IDOSOS DEVEM MORAR COM A FAMÍLIA OU PARENTES 07
- OUTRO _____ 08
Especifique
- NS 98
- NR 99

A.11a

Qual é sua religião?

- CATÓLICA 1
- PROTESTANTE OU EVANGÉLICA 2
- JUDÁICA 3
- OUTROS CULTOS SINCRÉTICOS 4
- OUTRO _____ 5
Especifique
- NENHUMA 6
- NS 8
- NR 9

VÁ PARA
A.12

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.11b

Qual a importância da religião em sua vida?

IMPORTANTE 1
REGULAR 2
NADA IMPORTANTE 3
NS 8
NR 9

A.12 (PREGUNTA OPCIONAL)

Qual destas opções o descreve melhor?

BRANCO (de origem européia) 1
MESTIÇO (combinação de branco e índio) 2
MULATO (combinação de branco e negro) 3
NEGRO 4
INDÍGENA 5
ASIÁTICO 6
OUTRA 7
NS 8
NR 9

HISTÓRIA DE UNIÕES

A.13a

Com relação ao seu estado marital, alguma vez o(a) Sr.(a) foi casado(a) ou teve uma união livre?

SIM 1
NÃO 2 → **VÁ PARA A.18**
NR 9

A.13b

No total, quantas vezes, o(a) Sr.(a) esteve casado(a) ou em união?

Nº DE VEZES | | |

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.14	A.15	A.16	A.17
<p>Em que ano começou sua primeira (segunda, etc) união ou casamento?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">UTILIZE UMA LINHA PARA CADA CASAMENTO OU UNIÃO</div> <p>NS.....9998 NR9999</p> <p style="text-align: right;">→ A.14</p>	<p>Esta foi:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA</div> <p>união livre? 1</p> <p>casamento civil ou na igreja? 2</p> <p>NS 8 NR 9</p> <p style="text-align: right;">→ A.15</p>	<p>Esse casamento ou união continua ou terminou?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA</div> <p>Continua? 1</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">VÁ PARA A.18</div> <p>TERMINOU EM:</p> <p>Separação? 2 viuvez? 3 divórcio? 4 NS 8 NR 9</p> <p style="text-align: right;">→ A.16</p>	<p>Em que ano terminou esse casamento ou união?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">VERIFIQUE EM A.13b, SE A PESSOA TEVE OUTRA UNIÃO MARITAL</div> <p>SIM.....VÁ PARA A.14 NÃO.....VÁ PARA A.18</p> <p>NS.....9998 NR9999</p> <p style="text-align: right;">→ A.17</p>
INÍCIO	UNIÃO	TÉRMINO	TÉRMINO
1	_ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _
2	_ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _
3	_ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _
4	_ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _
5	_ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _

AGORA QUERO FAZER-LHE ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA HISTÓRIA FAMILIAR:

<p>A.18</p> <p>Quantos filhos e filhas nascidos vivos o(a) Sr.(a) teve?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">NÃO INCLUA ENTEADOS, FILHOS ADOTIVOS, ABORTOS OU FILHOS NASCIDOS MORTOS.</div>	<p>NÚMERO DE FILHOS: _ _ _ </p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>
<p>A.19</p> <p>Tem ou teve enteados?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">VÁ PARA A.21</div>
<p>A.20</p> <p>Quantos enteados(as) teve?</p>	<p>NÚMERO DE ENTEADOS: _ _ _ </p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.21
Tem ou teve filhos adotivos?

A.22
Quantos filhos adotivos teve?

A.23
No total, quantos dos filhos, enteados e filhos adotivos que mencionou, ainda estão vivos?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA A.23

NÚMERO DE FILHOS ADOTIVOS: | | | |
 NS 98
 NR 99

NÚMERO DE FILHOS VIVOS: | | | |
 NS 98
 NR 99

Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre seus pais.

A.24
O seu pai ainda está vivo?

A.25
Onde mora seu pai?

A.26
Que idade tinha seu pai quando faleceu?

A.27
Sua mãe ainda está viva?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA A.26

VÁ PARA A.27

NESTA CASA 1
 EM OUTRA CASA NESTE BAIRRO 2
 EM OUTRO BAIRRO NESTA CIDADE 3
 EM OUTRA CIDADE NESTE PAÍS 4
 EM OUTRO PAÍS 5
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA A.27

IDADE | | | |
 NS 998
 NR 999

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA A.29

VÁ PARA A.30

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.28

Onde mora sua mãe?

- NESTA CASA 1
- EM OUTRA CASA NESTE BAIRRO 2
- EM OUTRO BAIRRO NESTA CIDADE 3
- EM OUTRA CIDADE NESTE PAÍS 4
- EM OUTRO PAÍS 5
- NS 8
- NR 9

VÁ PARA
A.30

A.29

Que idade ela tinha quando faleceu?

IDADE | | | | |
NS 998
NR 999

A.30 **FILTRO**

As perguntas A.1 a A.29 foram realizadas com um informante substituto.

SIM 1 →
NÃO 2

VÁ PARA
B.10a

HORA DE TÉRMINO: | | | : | | |

SEÇÃO B - AVALIAÇÃO COGNITIVA

HORA DE INÍCIO: |_|_|:|_|_|

Neste estudo estamos investigando como o(a) Sr(a) se sente a respeito de alguns problemas de saúde. Gostaríamos de começar com algumas perguntas sobre sua memória.

B.1

Como o(a) sr(a) avalia sua memória atualmente?
(leia as opções)

EXCELENTE 1
 MUITO BOA 2
 BOA 3
 REGULAR 4
 MÁ 5
 NS 8
 NR 9

B.2

Comparando com um ano atrás, o(a) sr(a) diria que agora sua memória é melhor, igual ou pior?

MELHOR 1
 IGUAL 2
 PIOR 3
 NS 8
 NR 9

B.3

Por favor me diga a data de hoje.

PERGUNTE MÊS, DIA, ANO, E DIA DA SEMANA. ANOTE UM PONTO EM CADA RESPOSTA CORRETA

	Correto	
MÊS _ _	<input type="checkbox"/>	Segunda feira.....01
DIA DO MÊS _ _	<input type="checkbox"/>	Terça feira.....02
ANO _ _	<input type="checkbox"/>	Quarta feira.....03
DIA DA SEMANA _ _	<input type="checkbox"/>	Quinta feira.....04
		Sexta feira.....05
		Sábado.....06
		Domingo.....07
TOTAL	<input type="checkbox"/>	

B.4

Agora vou lhe dar o nome de três objetos. Quando eu terminar lhe pedirei que repita em voz alta todas as palavras que puder lembrar, em qualquer ordem. Guarde quais são porque vou voltar a perguntar mais adiante. O Sr. tem alguma pergunta?

LEIA OS NOMES DOS OBJETOS DEVAGAR E DE FORMA CLARA SOMENTE UMA VEZ E ANOTE.

SE O TOTAL É DIFERENTE DE "3":

1) REPITA TODOS OS OBJETOS ATÉ QUE O ENTREVISTADO OS APRENDA. MÁXIMO DE REPETIÇÕES: 5 VEZES

2) ANOTE O NUMERO DE REPETIÇÕES QUE TEVE QUE FAZER

3) NUNCA CORRIJA A PRIMEIRA PARTE

4) ANOTA-SE UM PONTO POR CADA OBJETO LEMBRADO E ZERO PARA OS NÃO LEMBRADOS

	Correto	Lembrou.....1
ÁRVORE _ _	<input type="checkbox"/>	Não lembrou....0
MESA _ _	<input type="checkbox"/>	
CACHORRO _ _	<input type="checkbox"/>	
TOTAL	<input type="checkbox"/>	

NÚMERO DE REPETIÇÕES: |_|_|

SEÇÃO B - AVALIAÇÃO COGNITIVA

B.5

Agora vou dizer alguns números e gostaria que o Sr. contasse de trás para frente:

1 3 5 7 9

ANOTE A RESPOSTA NO ESPAÇO CORRESPONDENTE

A PONTUAÇÃO É O NÚMERO DE DÍGITOS NA ORDEM CORRETA.

EX: 9 7 5 4 3 1 ACRESCENTOU UM NÚMERO: 5-1=4,
 9 3 5 7 1 2 NÚMEROS FORA DE ORDEM: 5-2=3,
 9 5 3 1 ESQUECEU UM NÚMERO: 5-1=4,
 9 9 7 5 3 1 UM NÚMERO EXTRA: 5-1=4.

RESPOSTADO ENTREVISTADO:

RESPOSTA CORRETA:

9 7 5 3 1

Número de dígitos na ordem correta:

B.6

Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, apanhe o papel com sua mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque-o sobre suas pernas.

PASSE O PAPEL E ANOTE 1 PONTO PARA CADA AÇÃO CORRETA.

Ação correta = 1

Correcto

Ação incorreta = 0

PEGA O PAPEL COM A MÃO DIREITA.....

DOBRA NA METADE COM AS DUAS MÃOS.....

COLOCA O PAPEL SOBRE AS PERNAS.....

TOTAL

B.7

Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) sr(a) repetiu as que lembrou. Por favor, diga-me agora quais ainda se lembra.

ANOTE 1 PONTO POR RESPOSTA CORRETA EM QUALQUER ORDEM.

Lembrou.....1

Não lembrou....0

Correto

ÁRVORE

MESA

CACHORRO

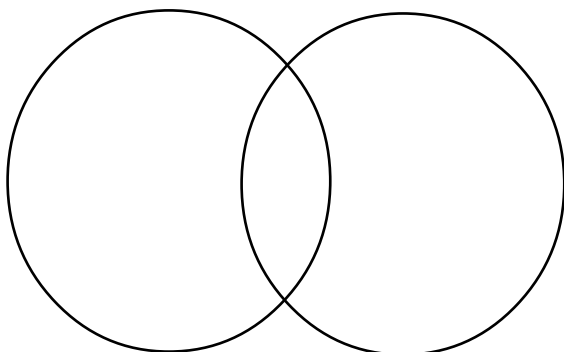
TOTAL

SEÇÃO B - AVALIAÇÃO COGNITIVA

B.8

Por favor, copie este desenho.

ENTREGUE AO ENTREVISTADO O DESENHO COM OS CÍRCULOS QUE SE CRUZAM. A AÇÃO ESTÁ CORRETA SE OS CÍRCULOS NÃO SE CRUZAM MAIS DO QUE A METADE. ANOTE UM PONTO SE O DESENHO ESTIVER CORRETO



Correto

TOTAL

B.9 FILTRO

SOME AS RESPOSTAS CORRETAS ANOTADAS NAS PERGUNTAS B.3 A B.8 E ANOTE O TOTAL NA CASELA.

(A PONTUAÇÃO MÁXIMA É 19)

TOTAL

A SOMA É 13 OU MAIS.....1 →

VÁ PARA A SEÇÃO C

A SOMA É 12 OU MENOS.....2

B.9a

Alguma outra pessoa que mora normalmente nesta casa poderia ajudar-nos a responder algumas perguntas?

SIM1

NÃO2

AVALIE COM O SUPERVISOR SE A ENTREVISTA PODE CONTINUAR SÓ COM A PESSOA ENTREVISTADA

ANOTE O NOME DO INFORMANTE E APLIQUE A ELE A ESCALA PFEFFER: _____

SEÇÃO B - AVALIAÇÃO COGNITIVA

MOSTRE AO INFORMANTE A SEGUINTE CARTELA COM AS OPÇÕES E LEIA AS PERGUNTAS. ANOTE A PONTUAÇÃO COMO SEGUE:

SIM É CAPAZ	0
NUNCA O FEZ, MAS PODERIA FAZER AGORA	0
COM ALGUMA DIFICULDADE, MAS FAZ	1
NUNCA FEZE E TERIA DIFICULDADE AGORA	1
NECESSITA DE AJUDA	2
NÃO É CAPAZ	3

	Pontuação
B.10a (NOME) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?	
B.10b (NOME) é capaz de fazer as compras sozinho (por exemplo de comida e roupa)?	
B.10c (NOME) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?	
B.10d (NOME) é capaz de preparar comida?	
B.10e (NOME) é capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?	
B.10f (NOME) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou um artigo do jornal?	
B.10g (NOME) é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?	
B.10h (NOME) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos?	
B.10i (NOME) é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?	
B.10j (NOME) é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?	
B.10k (NOME) é capaz de ficar sozinho(a) em casa sem problemas?	

B.11 FILTRO

Some os pontos das perguntas B10a a B10k e anote na casela denominada "TOTAL".

TOTAL

A soma é 6 ou mais.....1 →

CONTINUE A ENTREVISTA COM AJUDA DO INFORMANTE SUBSTITUTO. REVISE A SEÇÃO A

A soma é 5 ou menos.....2 →

CONTINUE A ENTREVISTA COM O ENTREVISTADO. CASO A PESSOA NECESSITE DE AJUDA PARA RESPONDER ALGUMAS PERGUNTAS, CONTINUE COM UM INFORMANTE AUXILIAR

HORA DE TÉRMINO: |_|_|:|_|_|

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

HORA DE INÍCIO: |_|_|:|_|_|

C.1

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde. O(a) Sr(a) diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou má?

EXCELENTE	1
MUITO BOA	2
BOA	3
REGULAR	4
MÁ	5
NS	8
NR	9

C.2

Comparando sua saúde de hoje com a de doze meses atrás, o(a) Sr(a) diria que agora sua saúde é melhor, igual ou pior do que estava então?

MELHOR	1
IGUAL	2
PIOR	3
NS	8
NR	9

C.3

Em comparação com outras pessoas de sua idade, o(a) Sr(a) diria que sua saúde é melhor, igual ou pior?

MELHOR	1
IGUAL	2
PIOR	3
NS	8
NR	9

C.4

Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão sanguínea alta, quer dizer, hipertensão?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

VÁ PARA
C.5

C.4a

O(a) Sr(a) está tomando algum medicamento para baixar sua pressão sanguínea?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

<p>C.4b</p> <p>Para baixar sua pressão sanguínea, durante os últimos doze meses, perdeu peso ou seguiu uma dieta especial?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.4c</p> <p>Sua pressão sanguínea geralmente está controlada?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.4d</p> <p>Em comparação com 12 meses atrás, o seu problema de pressão alta está melhor, igual ou pior?</p>	<p>MELHOR 1</p> <p>IGUAL 2</p> <p>PIOR 3</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.5</p> <p>Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) tem diabetes, quer dizer, níveis altos de açúcar no sangue?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> VÁ PARA C.6 </div>
<p>C.5a</p> <p>Está tomando algum medicamento oral para controlar seu diabetes?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.5b</p> <p>Para controlar seu diabetes, utiliza injeções de insulina?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.5c
Nos últimos doze meses, para tratar ou controlar seu diabetes, perdeu peso ou seguiu uma dieta especial?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.5d
Seu diabetes está geralmente controlada?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.5e
Em comparação com 12 meses atrás, seu diabetes está melhor, igual ou pior?

MELHOR 1
 IGUAL 2
 PIOR 3
 NS 8
 NR 9

C.6
Alguma vez um médico lhe disse que o(a) Sr(a) tem câncer ou tumor maligno, excluindo tumores menores da pele?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
 C.7

C.6a
Em que ano ou com que idade foi diagnosticado o seu câncer pela primeira vez?

IDADE | | | |
 ANO | | | | | | | |
 NS 9998
 NR 9999

C.6b
O(a) Sr.(a) tem algum outro tipo de câncer, além do primeiro que o(a) Sr.(a) mencionou?

SIM,
 QUANTOS? | |
 NÃO 7
 NS 8
 NR 9

C.6c
Em que órgão ou parte do corpo começou seu câncer? Comece com o mais recente.

REGISTRE TODOS OS ORGÃOS OU PARTES DO CORPO EM QUE CADA UM COMEÇOU

Órgão(s) ou parte(s) do corpo:

 NS 98
 NR 99

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.6d

Com que idade ou em que ano foi diagnosticado seu câncer (mais recente)?

IDADE | | | | |
 ANO | | | | |
 NS 9998
 NR 9999

C.6e

O(a) Sr(a) recebeu algum tratamento para o câncer (mais recente)?

SIM 1
 NÃO 2 → **VÁ PARA C.6g**
 NS 8
 NR 9 } **VÁ PARA C.6h**

C.6f

Nos últimos 12 meses, que tipo de tratamento para seu câncer o(a) Sr(a) recebeu?

ANOTE TODOS OS TIPOS MENCIONADOS ESPONTANEAMENTE

NENHUM, NOS ÚLTIMOS 12 MESES 1
 QUIMIOTERAPIA OU MEDICAÇÃO 2
 CIRURGIA OU BIÓPSIA 3
 RADIAÇÃO/ RAIOS X 4
 MEDICAMENTOS PARA OS SINTOMAS (DOR, NÁUSEA, ALERGIAS) 5
 OUTRO 6 } **VÁ PARA C.6h**
Especifique
 NS 8
 NR 9

C.6g

Qual foi a razão principal pela qual o(a) Sr(a) NÃO recebeu tratamento?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

TEVE CÂNCER HÁ MAIS DE 12 MESES 01
 OMÉDICO NÃO INDICOU 02
 NÃO TINHA CONDIÇÕES DE PAGAR 03
 NÃO TINHA PLANO DE SAÚDE 04
 NÃO TINHA QUEM O LEVASSE 05
 RESPONSABILIDADES FAMILIARES (TINHA DE CUIDAR DE ALGUÉM NA FAMÍLIA) 06
 NÃO QUIS ACEITAR O TRATAMENTO 07
 OUTRO 08
Especifique
 NS 98
 NR 99

C.6h

O seu câncer se estendeu para outras partes do corpo?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.7

Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que tem alguma doença crônica do pulmão, como asma, bronquite ou enfisema?

SIM	1	} VÁ PARA C.8
NÃO	2	
NS	8	
NR	9	

C.7a

O(a) Sr(a) está tomando algum medicamento ou recebendo algum outro tratamento para sua doença pulmonar?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

C.7b

Em comparação com doze meses atrás, essa doença pulmonar melhorou, ficou igual ou piorou?

MELHOR	1
IGUAL	2
PIOR	3
NS	8
NR	9

C.7c

O(a) Sr.(a) está recebendo oxigênio?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

C.7d

O(a) Sr.(a) está recebendo alguma terapia física ou respiratória?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

C.7e

Sua doença pulmonar limita suas atividades diárias tais como trabalhar ou fazer as tarefas domésticas?

MUITO	1
POUCO	2
NÃO INTERFERE	3
NS	8
NR	9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.8

Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) teve um ataque do coração, uma doença coronária, angina, doença congestiva ou outros problemas cardíacos?

C.8a

Em que ano ou com que idade foi diagnosticado, pela primeira vez, seu problema cardíaco?

C.8b

Nos últimos 12 meses seu problema cardíaco melhorou, ficou igual ou piorou?

C.8c

O(a) Sr(a) toma algum medicamento para seu problema cardíaco?

C.8d

Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) tem consultado um médico ou enfermeiro por causa de um problema cardíaco?

C.8e

Durante os últimos 12 meses foi hospitalizado um dia ou mais por um problema do coração?

SIM	1	} VÁ PARA C.9
NÃO	2	
NS	8	
NR	9	

ANO	_ _ _ _
IDADE	_ _ _ _
NS	9998
NR	9999

MELHOR	1
IGUAL	2
PIOR	3
NS	8
NR	9

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.8f

Sua doença cardíaca limita suas atividades diárias como as tarefas domésticas ou o trabalho?

MUITO 1

POUCO 2

NÃO INTERFERE 3

NS 8

NR 9

C.9

Alguma vez um médico lhe disse que o(a) Sr(a) teve uma embolia, derrame, ataque, isquemia ou trombose cerebral?

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

VÁ PARA C.10

C.9a

Em que ano ou com que idade teve o mais recente?

ANO | | | | |

IDADE | | | |

NS 9998

NR 9999

C.9b

Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a) consultou um médico a respeito deste problema ou derrame cerebral?

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

C.9c

O(a) Sr(a) tem alguma seqüela ou problema derivado do(s) derrame(s) cerebral(is)?

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

DEPOIS DO DERRAME, O(A) SENHOR(A) TEM TIDO...

C.9d

Alguma fraqueza nos braços e nas pernas ou dificuldade de movimentar ou usar seus braços ou pernas?

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

<p>C.9e</p> <p>Alguma dificuldade para falar ou engolir? (depois do derrame)</p> <p>(Depois do derrame)</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.9f</p> <p>Alguma dificuldade com sua visão?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.9g</p> <p>Alguma dificuldade para pensar ou encontrar as palavras certas?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.9h</p> <p>Está tomando algum medicamento por causa do derrame ou suas complicações?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.9i</p> <p>Recebe ou recebeu algum tipo de fisioterapia ou terapia ocupacional por causa do derrame ou suas complicações?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.9j</p> <p>Esta condição interfere muito, pouco, ou nada em suas atividades diárias?</p>	<p>MUITO 1</p> <p>POUCO 2</p> <p>NADA 3</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.10

Alguma vez um médico ou enfermeira lhe disse que tem artrite, reumatismo, artrose?

C.10a

Sente dor, rigidez ou inchaço nas articulações?

C.10b

Em comparação com 12 meses atrás, sua artrite, reumatismo ou artrose está melhor, igual ou pior?

C.10c

Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a) consultou um médico especificamente por causa da artrite, reumatismo ou artrose?

C.10d

O(a) Sr(a) está tomando algum medicamento ou está recebendo tratamento para sua artrite, reumatismo ou artrose?

C.10e

A artrite, reumatismo ou artrose limita suas atividades diárias como trabalhar ou fazer coisas da casa?

C.10f

O(a) Sr.(a) sofreu alguma cirurgia por causa da artrite, reumatismo ou artrose?

SIM	1	} VÁ PARA C.11
NÃO	2	
NS	8	
NR	9	

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

MELHOR	1
IGUAL	2
PIOR	3
NS	8
NR	9

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

MUITO	1
POUCO	2
NADA	3
NS	8
NR	9

SIM	1	} VÁ PARA C.11
NÃO	2	
NS	8	
NR	9	

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.10g
Qual articulação foi operada?

C.11
Teve alguma queda nos últimos 12 meses?

C.11a
Quantas vezes caiu nos últimos 12 meses?

C.11b
Em alguma queda se machucou de tal maneira a ponto de precisar de tratamento médico?

C.11c
Nos últimos 12 meses fraturou o quadril?

C.11d
Nos últimos 12 meses fraturou o pulso?

C.11e
Alguma vez um médico ou enfermeiro disse que o Sr. tem osteoporose?

C.11f
Em que ano ou com que idade foi diagnosticada a osteoporose?

QUADRIL 1
 JOELHO 2
 OUTRO 3
 Especifique
 NS 8
 NR 9

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
C.11c

NºVEZES | | | |
 NS 98
 NR 99

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
C.12

ANO | | | | | |
 IDADE | | | | |
 NS 9998
 NR 9999

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.12

Normalmente não gostamos de falar sobre isso mas, preciso saber para o estudo se, nos últimos 12 meses, alguma vez perdeu urina sem querer?

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

VÁ PARA C.12b

C.12a

Quantos dias aconteceu isso, no último mês?

MENOS DE 5 DIAS 1

DE 5 A 14 DIAS 2

MAIS DE 15 DIAS 3

NS 8

NR 9

C.12b

Nos últimos 12 meses, alguma vez perdeu controle dos movimentos intestinais ou das fezes?

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

Agora quero que o(a) Sr(a) me conte se, nos últimos 12 meses, teve algum dos seguintes problemas:

Nos últimos 12 meses, o(a) sr.(a) teve...	SIM	NÃO	NS	NR
C.13a dor no peito?	1	2	8	9
C.13b inchaço persistente nos pés ou tornozelos?	1	2	8	9
C.13c falta de ar quando está acordado(a)?	1	2	8	9
C.13d vertigem ou tontura persistentes?	1	2	8	9
C.13e dor ou problemas nas costas?	1	2	8	9
C.13f dor de cabeça persistente?	1	2	8	9
C.13g fadiga ou cansaço grave?	1	2	8	9
C.13h tosse persistente, catarro ou chiado no peito?	1	2	8	9
C.13i problemas nas articulações (quadril, joelho, cotovelo, pulso, etc.)?	1	2	8	9
C.13j náusea persistente e vômito?	1	2	8	9
C.13k transpiração excessiva ou sede persistente?	1	2	8	9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

Agora gostaria de saber alguns detalhes sobre a saúde dos olhos, ouvidos e boca.

C.14

Como é a sua vista (sem óculos ou lente de contato) para enxergar de longe (como reconhecer um amigo do outro lado da rua)?

EXCELENTE	1	
MUITO BOA	2	
BOA	3	
REGULAR	4	
MÁ	5	
CEGO	6	→ VÁ PARA C.14f
NS	8	
NR	9	

C.14a

O (a) Sr.(a) usa óculos ou lentes de contato para enxergar de longe?

SIM	1	
NÃO	2	→ VÁ PARA C.14c
NS	8	
NR	9	

C.14b

Usando óculos ou lentes, normalmente como é sua visão para enxergar as coisas à distância?

EXCELENTE	1
MUITO BOA	2
BOA	3
REGULAR	4
MÁ	5
NS	8
NR	9

C.14c

Normalmente como é a visão do(a) Sr(a) (sem óculos ou lente de contato) para enxergar de perto (como ler um jornal ou ver fotos em uma revista)?

EXCELENTE	1
MUITO BOA	2
BOA	3
REGULAR	4
MÁ	5
NS	8
NR	9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.14d
O(a) Sr(a) usa óculos ou lentes de contato para enxergar de perto?

SIM	1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> VÁ PARA C.14f </div>
NÃO	2 →	
NS	8	
NR	9	

C.14e
Usando óculos ou lentes como costuma, como é sua visão para ver de perto?

EXCELENTE	1
MUITO BOA	2
BOA	3
REGULAR	4
MÁ	5
NS	8
NR	9

C.14f
O(a) Sr.(a) já foi operado(a) de catarata?

SIM	1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> VÁ PARA C.14h </div>
NÃO	2	
NS	8	
NR	9	

C.14g
O(a) Sr(a) sabe se lhe puseram lentes intraoculares?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

C.14h
Um médico já tratou o(a) Sr(a) de glaucoma?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.15

O(a) Sr(a) usa algum tipo de aparelho para ouvir melhor?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.15a

Em geral, como o(a) Sr(a) diria que é a sua audição (com ou sem aparelho de audição)?

EXCELENTE 1
 MUITO BOA 2
 BOA 3
 REGULAR 4
 MÁ 5
 SURDO(A) 6
 NS 8
 NR 9

C.16

Agora passemos a falar da boca e dos seus dentes. Faltam-lhe alguns dentes?

SIM, UNS POUCOS (ATÉ 4) 1
 SIM, BASTANTE (MAIS DE 4 E MENOS DA METADE) 2
 SIM, A MAIORIA (A METADE OU MAIS) 3
 NÃO 4
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
C.17

C.16a

O(a) Sr(a) usa ponte, dentadura ou dentes postiços?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.17

Nos últimos 12 meses, com que frequência teve que comer menos ou mudar de comida por causa dos seus dentes, pontes ou dentadura postiça?

SEMPRE 1
 FREQUENTEMENTE 2
 ALGUMAS VEZES 3
 RARAMENTE 4
 NUNCA 5
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

Agora gostaria que me respondesse se o que lhe pergunto aconteceu sempre, freqüentemente, algumas vezes, raramente ou nunca, nos últimos 12 meses.

Nos últimos 12 meses...	Sempre	Freqüentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca	NS	NR
C.17a Quantas vezes teve problemas para mastigar comidas duras como carne ou maçã?	1	2	3	4	5	8	9
C.17b Quantas vezes conseguiu engolir bem?	1	2	3	4	5	8	9
C.17c Quantas vezes não conseguiu falar bem por causa dos seus dentes ou dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17d Quantas vezes não conseguiu comer as coisas que queria por ter algum problema com seus dentes ou com sua dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17e Quantas vezes não quis sair à rua ou falar com outras pessoas por causa de seus dentes ou da sua dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17f Quando se olha no espelho, quantas vezes esteve contente de como vê seus dentes ou dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17g Quantas vezes teve que usar algum remédio para aliviar a dor de seus dentes ou os problemas na sua boca?	1	2	3	4	5	8	9
C.17h Quantas vezes esteve preocupado ou se deu conta de que seus dentes ou sua dentadura não estão bem?	1	2	3	4	5	8	9
C.17i Quantas vezes ficou nervoso por problemas de dentes ou da dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17j Quantas vezes não comeu como queria diante de outras pessoas por causa dos seus dentes ou da dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17k Quantas vezes teve dor nos dentes por causa de alimentos frios, quentes ou doces?	1	2	3	4	5	8	9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

<p>C.18 FILTRO</p> <p>Sexo do entrevistado</p>	<p>MULHER.....1</p> <p>HOMEM.....2 → VÁ PARA C.19</p>
<p>C.18a</p> <p>Nos últimos dois anos, a senhora examinou seus seios, regularmente, para ver se tinha "nódulos" (bolinhas ou tumores)?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.18b</p> <p>Nos dois últimos anos, um profissional de saúde examinou a sra. para ver se tinha "nódulos" nos seios?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.18c</p> <p>Nos dois últimos anos a senhora fez mamografia ou raio-x dos seios (mamas)?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.18d</p> <p>Nos dois últimos anos a senhora fez o teste de Papanicolau, ou seja, o exame para determinar se tem câncer do cervix ou do colo do útero?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.18e</p> <p>A senhora fez histerectomia, isto é, uma cirurgia para tirar o útero e os ovários, ou apenas o útero?</p>	<p>SIM, ÚTERO E OVÁRIOS 1</p> <p>SIM, APENAS ÚTERO 2</p> <p>NÃO 3</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>VÁ PARA C.18g</p>
<p>C.18f</p> <p>Que idade tinha quando lhe fizeram a histerectomia?</p>	<p>IDADE </p> <p>NS 998</p> <p>NR 999</p> <p>VÁ PARA C.18h</p>

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.18g

Que idade tinha quando menstruou pela última vez?

IDADE | | | |

AINDA MENSTRUA **00**

NS **98**

NR **99**

C.18h

A senhora tomou alguma vez ou toma atualmente estrógeno, isto é, hormônio de mulher para a menopausa, através de comprimidos, adesivos (emplastos) ou creme?

SIM **1**

NÃO **2**

NS **8**

NR **9**

} **VÁ PARA C.20**

C.18i

Com que idade começou a tomar hormônios para a menopausa?

IDADE | | | |

C.18j

Há quanto tempo a senhora está tomando estrógeno?

MESES | | | |

1 - 4 ANOS **13**

5 - 9 ANOS **14**

10 ANOS E MAIS **15**

NS **98**

NR **99**

C.18k

A senhora está, atualmente, tomando estrógeno, isto é hormônio de mulher?

SIM **1**

NÃO **2**

NS **8**

NR **9**

} **VÁ PARA C.20**

C.19

Nos últimos 2 anos, alguma vez lhe fizeram o exame da próstata?

SIM **1**

NÃO **2**

NS **8**

NR **9**

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

	SIM	NÃO	NS	NR
C.19a Precisa urinar com frequência?	1	2	8	9
C.19b O senhor acha que mesmo tendo vontade de urinar, o jato é fraco e pequeno?	1	2	8	9
C.19c Sente um ardor ou queimação quando urina?	1	2	8	9
C.19d O senhor precisa urinar 3 vezes ou mais durante a noite?	1	2	8	9

C.20

Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que tem algum problema nervoso ou psiquiátrico?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ
PARA
C.21a

C.20a

Em comparação com 12 meses atrás, seu problema nervoso ou psiquiátrico está melhor, igual ou pior?

MELHOR 1
 IGUAL 2
 PIOR 3
 NS 8
 NR 9

C.20b

O(a) Sr(a) tem tratamento psiquiátrico ou psicológico por esses problemas?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.20c

Durante os últimos 12 meses, o(a) sr(a) tomou algum remédio contra a depressão?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

Agora pense nas últimas duas semanas e diga como se sentiu na maior parte do tempo nesse período...

	SIM	NÃO	NS	NR
C.21a O(a) Sr.(a) está basicamente satisfeito com a sua vida?	1	2	8	9
C.21b Tem diminuído ou abandonado muitos dos seus interesses ou atividades anteriores?	1	2	8	9
C.21c Sente que sua vida está vazia?	1	2	8	9
C.21d Tem estado aborrecido freqüentemente?	1	2	8	9
C.21e Tem estado de bom humor a maior parte do tempo?	1	2	8	9
C.21f Tem estado preocupado ou tem medo de que alguma coisa ruim vá lhe acontecer?	1	2	8	9
C.21g Sente-se feliz a maior parte do tempo?	1	2	8	9
C.21h Com freqüência se sente desamparado, ou desvalido?	1	2	8	9
C.21i Tem preferido ficar em casa em vez de sair e fazer coisas?	1	2	8	9
C.21j Tem sentido que tem mais problemas com a memória do que outras pessoas de sua idade?	1	2	8	9
C.21k O(a) sr(a) acredita que é maravilhoso estar vivo?			8	9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

	SIM	NÃO	NS	NR
C.21l Sente-se inútil ou desvalorizado em sua situação atual?	1	2	8	9
C.21m Sente-se cheio de energia?	1	2	8	9
C.21n Se sente sem esperança diante da sua situação atual?	1	2	8	9
C.21o O(a) sr(a) acredita que as outras pessoas estão em situação melhor?	1	2	8	9

Os estudos feitos mostram que a nutrição e o estilo de vida são fatores muito importantes para a saúde. Por isso gostaria de fazer algumas perguntas sobre a sua alimentação.

<p>C.22a</p> <p>Quantas refeições completas o(a) Sr(a) faz por dia?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>CONSIDERAR O CAFÉ DA MANHÃ COMO UMA REFEIÇÃO</p> </div>	<p>UMA 1</p> <p>DUAS 2</p> <p>TRÊS OU MAIS 3</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22b</p> <p>Consome leite, queijo ou outros produtos lácteos pelo menos uma vez por dia?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22c</p> <p>Come ovos, feijão ou lentilhas (leguminosas), pelo menos uma vez por semana?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

<p>C.22d</p> <p>Come carne, peixe ou aves pelo menos três vezes por semana?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22e</p> <p>Come frutas ou verduras pelo menos duas vezes por dia?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22f</p> <p>Tem comido menos por problemas digestivos ou falta de apetite nos últimos 12 meses?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22g</p> <p>Quantos copos ou xícaras de líquido consome diariamente? (incluir água, café, chá, leite, suco etc.)</p>	<p>MENOS DE 3 COPOS 1</p> <p>DE 3 A 5 COPOS 2</p> <p>MAIS DE 5 COPOS 3</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22h</p> <p>Nos últimos 12 meses, tem diminuído de peso sem fazer nenhuma dieta?</p>	<p>SIM....Quantos quilos?</p> <p>ENTRE 1 E 3 kg 1</p> <p>MAIS DE 3 kg 2</p> <p>NÃO PERDEU 3</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22i</p> <p>Com relação a seu estado nutricional o(a) Sr(a) se considera bem nutrido?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.23

Nos últimos três meses, em média, quantos dias por semana tomou bebidas alcoólicas? (Por exemplo: cerveja, vinho, aguardente ou outras bebidas que contenham álcool).

- NENHUM 1 → **VÁ PARA C.24**
- MENOS DE 1 DIA POR SEMANA 2
- 1 DIA POR SEMANA 3
- 2-3 DIAS POR SEMANA 4
- 4-6 DIAS POR SEMANA 5
- TODOS OS DIAS 6
- NS 8
- NR 9

C.23a

Nos últimos três meses, nos dias em que tomou bebida alcoólica, quantos copos de vinho, cervejas, aguardente ou outra bebida tomou, em média, por dia?

- COPOS DE VINHO | | | |
- CERVEJAS | | | |
- OUTRA BEBIDA | | | |
- NS 98
- NR 99

C.24

O Sr. tem ou teve o hábito de fumar?

LEIA CADA OPÇÃO ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA.

- FUMA ATUALMENTE 1
 - JÁ FUMOU, MAS NÃO FUMA MAIS 2 → **VÁ PARA C.24b**
 - NUNCA FUMOU 3
 - NS 8
 - NR 9
- VÁ PARA C.25a**

C.24a

Quantos cigarros, charutos ou cachimbos fuma habitualmente por dia?

DEFINIÇÃO: UM MAÇO=20 CIGARROS

- CIGARROS POR DIA | | | |
 - CACHIMBOS | | | |
 - CHARUTOS | | | |
- VÁ PARA C.24c**

C.24b

Há quantos anos deixou de fumar?

SE DEIXOU DE FUMAR HÁ MENOS DE UM ANO, ANOTE "00"

- Há quantos anos: | | | |
- Idade em anos: | | | |
- Ano | | | |
- NS 9998
- NR 9999

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.24c

Que idade tinha quando começou a fumar?

Há quantos anos: | | | |

Idade em anos: | | | |

Ano | | | |

NS 9998

NR 9999

C.25a

Nos últimos 12 meses, tem feito exercícios ou realizado atividades físicas vigorosas regularmente, como esportes, caminhada rápida, dança ou trabalho pesado, 3 vezes por semana?

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

C.25b

Nos últimos 12 meses, realizou regularmente, para se distrair, algum trabalho manual, artesanato ou atividade artística, pelo menos uma vez por semana?

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS PRIMEIROS 15 ANOS DE SUA VIDA.

C.26

Como o(a) Sr(a) descreveria a situação econômica de sua família durante a maior parte dos primeiros 15 anos de sua vida?

LEIA CADA OPÇÃO ATÉ
OBTER UMA RESPOSTA
AFIRMATIVA

BOA 1

REGULAR 2

RUIM 3

NS 8

NR 9

C.27

Durante a maior parte dos primeiros 15 anos da sua vida, o(a) Sr(a) descreveria sua saúde naquela época como excelente, boa, ou ruim?

EXCELENTE 1

BOA 2

RUIM 3

NS 8

NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

Antes dos 15 anos o(a) Sr(a) se lembra de ter tido alguma destas doenças?		SIM	NÃO	NS	NR
C.28a	Nefrite	1	2	8	9
C.28b	Hepatite	1	2	8	9
C.28c	Sarampo	1	2	8	9
C.28d	Tuberculose	1	2	8	9
C.28e	Febre reumática	1	2	8	9
C.28f	Asma	1	2	8	9
C.28g	Bronquite crônica	1	2	8	9
C.28h	Alguma outra? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px 0;"> PERGUNTE SOBRE AS OUTRAS 3 MAIS IMPORTANTES </div> <i>Especifique</i> _____ _____ _____	1	2	8	9
		1	2	8	9
		1	2	8	9

C.29

Durante os primeiros 15 anos da sua vida ficou na cama por um mês ou mais devido a algum problema de saúde?

C.30

Durante os primeiros 15 anos da sua vida, o(a) Sr(a) diria que houve algum tempo em que não comeu o suficiente ou passou fome?

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

HORA DE TÉRMINO: |_|_|:|_|_|

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

HORA DE INÍCIO: |_|_|:|_|_|

Precisamos entender as dificuldades que algumas pessoas têm em realizar certas atividades que são importantes para a vida diária DEVIDO A ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE. O Sr poderia me dizer, por favor, se encontra alguma dificuldade (atualmente) em fazer cada uma das seguintes atividades que vou dizer. NÃO CONSIDERE QUALQUER PROBLEMA QUE O SR ESPERA QUE DURE MENOS DE TRÊS MESES.

	SIM	NÃO	NÃO PODE	NÃO FAZ	NR
D.1a Tem alguma dificuldade em correr ou trotar um quilômetro e meio ou 15 quadras?	1	2 VÁ PARA D.2	3	4	9
D.1b Tem dificuldade em caminhar várias ruas (quadras)?	1	2 VÁ PARA D.2	3	4	9
D.1c Tem alguma dificuldade em caminhar uma rua (quadra)?	1	2	3	4	9
D.2 Tem dificuldade em ficar sentado(a) durante duas horas?	1	2	3	4	9
D.3 Tem dificuldade em se levantar de uma cadeira, depois de ficar sentado(a) durante longo período?	1	2	3	4	9
D.4 Encontra alguma dificuldade em subir vários lances de escada sem parar para descansar?	1	2 VÁ PARA D.6	3	4	9
D.5 Tem dificuldade em subir um andar pelas escadas sem descansar?	1	2	3	4	9
D.6 Tem dificuldade em se curvar, se ajoelhar, ou se agachar?	1	2	3	4	9
D.7 Tem dificuldade para estender seus braços acima dos ombros?	1	2	3	4	9
D.8 Tem dificuldade para puxar ou empurrar grandes objetos, como uma poltrona?	1	2	3	4	9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

	SIM	NÃO	NÃO PODE	NÃO FAZ	NR
D.9 Encontra alguma dificuldade em levantar ou carregar pesos maiores que 5kg, como uma sacola de compras pesada?	1	2	3	4	9
D.10 Tem dificuldade em levantar uma moeda de uma mesa?	1	2	3	4	9

Vou dizer para o(a) Sr(a) algumas atividades da vida diária. Por favor, diga se tem alguma dificuldade em realizá-las DEVIDO A UM PROBLEMA DE SAÚDE. Exclua os problemas que o(a) Sr(a) espera que dure menos de três meses.

D.11
O(a) senhor(a) tem dificuldade em atravessar um quarto caminhando?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA D.13a

D.12a
O(a) senhor(a) costuma usar algum aparelho ou instrumento de apoio para atravessar um quarto, caminhando?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA D.12c

D.12b
Que tipo de aparelho ou meio de apoio o(a) sr.(a) usa?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

CORRIMÃO 01
 ANDADOR 02
 BENGALA 03
 MULETAS 04
 SAPATOS ORTOPÉDICOS 05
 SUPORTE OU REFORÇO (P/ PERNAS OU OMBRO) . 06
 PRÓTESE 07
 OXIGENIO OU RESPIRADOR 08
 MÓVEIS OU PAREDE COMO APOIO 09
 CADEIRA DE RODAS 10
 OUTRO _____ 11
Especifique
 NS 98
 NR 99

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.12c
O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para atravessar um cômodo caminhando?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

D.13a
O(a) senhor(a) encontra dificuldade para se vestir (incluindo calçar sapatos, chinelos ou meias)?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

} **VÁ PARA D.14a**

D.13b
O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para se vestir?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

D.14a
O(a) senhor(a) tem dificuldade para tomar banho? (Incluindo entrar ou sair da banheira)

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

} **VÁ PARA D.15a**

D.14b
O(a) senhor(a) utilizou alguma vez algum equipamento ou aparelho para tomar banho (como corrimão, barra de apoio ou cadeira/banquinho)?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

D.14c
O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para tomar banho?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.15a

**O(a) senhor(a) tem dificuldade para comer?
(cortar a comida, encher um copo, etc.)**

SIM	1	} VÁ PARA D.16a
NÃO	2	
NS	8	
NR	9	

D.15b

O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para comer?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

D.16a

O(a) senhor(a) tem dificuldade para deitar ou levantar da cama?

SIM	1	} VÁ PARA D.17a
NÃO	2	
NS	8	
NR	9	

D.16b

O(a) senhor(a) utilizou alguma vez algum aparelho ou instrumento de apoio para deitar ou levantar da cama?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

D.16c

O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para deitar ou levantar da cama?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

D.17a

O(a) senhor(a) tem dificuldade para ir ao banheiro (incluindo sentar e levantar do vaso sanitário)?

SIM	1	} VÁ PARA D.18a
NÃO	2	
NS	8	
NR	9	

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.17b
O(a) senhor(a) utilizou alguma vez algum equipamento ou instrumento de apoio quando usa o vaso sanitário?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

D.17c
O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para usar a privada ou o vaso sanitário?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

D.18a
O(a) senhor(a) tem dificuldade em preparar uma refeição quente?

SIM	1	→	VÁ PARA D.19a	
NÃO	2			
NÃO CONSEGUE	3	}	→	VÁ PARA D.19a
NÃO COSTUMA FAZER	4			
NS	8			
NR	9			

D.18b
O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para preparar uma refeição quente?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

D.19a
O(a) senhor(a) tem dificuldade para cuidar do próprio dinheiro?

SIM	1	→	VÁ PARA D.20a	
NÃO	2			
NÃO CONSEGUE	3	}	→	VÁ PARA D.20a
NÃO COSTUMA FAZER	4			
NS	8			
NR	9			

D.19b
O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para cuidar do próprio dinheiro?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.20a

O(a) senhor(a) tem dificuldade para ir a outros lugares sozinho(a), como ir ao médico, à igreja, etc.?

SIM	1		
NÃO	2	→	VÁ PARA D.21a
NÃO CONSEGUE	3		
NÃO COSTUMA FAZER	4		
NS	8	} →	VÁ PARA D.21a
NR	9		

D.20b

Alguém o(a) acompanha para ajudá-lo(a) a subir ou descer de um transporte, lhe oferece transporte ou ajuda para conseguir um transporte (chama um táxi, por exemplo)?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

D.21a

O(a) senhor(a) tem dificuldade para fazer as compras de alimentos?

SIM	1		
NÃO	2	→	VÁ PARA D.22a
NÃO CONSEGUE	3		
NÃO COSTUMA FAZER	4		
NS	8	} →	VÁ PARA D.22a
NR	9		

D.21b

O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para fazer as compras de alimentos?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

D.22a

O(a) senhor(a) tem dificuldade para telefonar?

SIM	1		
NÃO	2	→	VÁ PARA D.23a
NÃO CONSEGUE	3		
NÃO TEM TELEFONE	4		
NS	8	} →	VÁ PARA D.23a
NR	9		

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)

D.22b

O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para telefonar?

- SIM 1
- NÃO 2
- NS 8
- NR 9

D.23a

O(a) senhor(a) tem dificuldade para fazer tarefas domésticas leves, tais como arrumar a cama, tirar pó dos móveis, etc.?

- SIM 1
- NÃO 2 → VÁ PARA D24a
- NÃO CONSEGUE 3
- NÃO COSTUMA FAZER 4
- NS 8 → VÁ PARA D24a
- NR 9

D.23b

O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para as tarefas domésticas leves?

- SIM 1
- NÃO 2
- NS 8
- NR 9

D.24a

O(a) senhor(a) tem dificuldade para realizar tarefas domésticas mais pesadas, tais como lavar roupas, limpar o chão, limpar o banheiro, etc.?

- SIM 1
- NÃO 2 → VÁ PARA D25a
- NÃO CONSEGUE 3
- NÃO COSTUMA FAZER 4
- NS 8 → VÁ PARA D25a
- NR 9

D.24b

O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para as tarefas pesadas da casa?

- SIM 1
- NÃO 2
- NS 8
- NR 9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.25a

O(a) senhor(a) tem dificuldade para tomar seus remédios?

SIM	1		
NÃO	2	→	VÁ PARA D.26a
NÃO CONSEGUE	3		
NÃO COSTUMA FAZER	4		
NS	8	} →	VÁ PARA D.26a
NR	9		

D.25b

O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para tomar seus remédios?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

D.26 FILTRO

Recebe ajuda?

VERIFICAR AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS EM D12c, D13b, D14c, D15b, D16c, D17c, D18b, D19b, D20b, D21b, D22b, D23b, D24b, D25b.

NINGUÉM AJUDA00 → **VÁ PARA SECCIÓN E**

PELO MENOS UM "SIM" ↴

QUANTAS PESSOAS, NÃO TOTAL, O(A) AJUDA(M) NAS ATIVIDADES DIÁRIAS?.....|_|_|

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.26a	D.26b	D.26c	D.26d		D.26e
<p>Por favor, diga os nomes das pessoas que o(a) ajudam com as atividades que mencionei, começando com a pessoa que ajuda mais.</p>	<p>Que relação tem (NOME) com o(a) senhor(a)?</p> <p>Esposo(a)/ Companheiro(a) 01 Filho(a) 02 Enteado 03 Pais ou sogros 04 Irmão/Irmã 05 Genro/nora 06 Neto(a) 07 Outro familiar 08 Outro não familiar 09 Ajuda paga/ doméstica 10 NS 98 NR 99</p>	<p>Onde vive? (NOME)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTIVER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA </div> <p>Mesma casa 1 Mesmo bairro 2 Outro bairro na mesma cidade 3 Outra cidade, mas mesmo país 4 Outro 5 NS 8 NR 9</p>	<p>No total, com que frequência (NOME) costuma ajudar o(a) senhor(a)?</p> <p>PERÍODO:</p> <p>SEMANA 1 MÊS 2 ANO 3</p>		<p>No total, há quanto tempo (NOME) vem ajudando o(a) senhor(a)?</p> <p>NS 98 NR 99</p>
↓	→	→	→	→	→
NOME	PARENTESCO	RESIDÊNCIA	FREQUÊNCIA	PERÍODO	TEMPO
1	_ _ _	_ _	_ _	_	_ _ MESES _ _ ANOS
2	_ _ _	_ _	_ _	_	_ _ MESES _ _ ANOS
3	_ _ _	_ _	_ _	_	_ _ MESES _ _ ANOS
4	_ _ _	_ _	_ _	_	_ _ MESES _ _ ANOS
5	_ _ _	_ _	_ _	_	_ _ MESES _ _ ANOS

HORA DE TÉRMINO: |_|_| : |_|_|

SEÇÃO E - MEDICAMENTOS

HORA DE INÍCIO: |__|:|__|

GOSTARIA DE TOMAR NOTA DOS REMÉDIOS E OUTRAS COISAS QUE O(A) SR(A) ESTA TOMANDO OU USANDO ATUALMENTE.

E.1
O(a) sr.(a) poderia me mostrar os remédios que atualmente está usando ou tomando?

SIM 1
 NÃO 2
 ENTREVISTADO(A) NÃO TOMA MEDICAMENTOS... 3 → VÁ PARA E.6

E.2 LISTA DE REMÉDIOS	E.3	E.4	E.5
<p>CASO A PESSOA ENTREVISTADA NÃO TENHA MOSTRADO OS REMÉDIOS, PERGUNTE:</p> <p>E.2. O(a) SR.(a) PODERIA ME DIZER O NOME DOS REMÉDIOS QUE ESTÁ USANDO OU TOMANDO?</p> <p style="text-align: center;">↓ E.2</p>	<p>QUEM O RECEITOU?</p> <p>MÉDICO.....1 FARMACÊUTICO.....2 ENFERMEIRA.....3 O(A) SR(A) MESMO...4 OUTRO.....5 NS.....8 NR.....9</p> <p style="text-align: center;">→ E.3</p>	<p>HÁ QUANTO TEMPO O USA, DE MANEIRA CONTÍNUA?</p> <p>NÃO TOMA DE MANEIRA CONTÍNUA 95 NS 98 NR 99</p> <p style="text-align: center;">→ E.4</p>	<p>COMO OBTEVE OU QUEM PAGOU PELO REMÉDIO, NA ÚLTIMA VEZ QUE O COMPROU?</p> <p>SEGURO SOCIAL 1 OUTRO SEGURO PÚBLICO .. 2 SEGURO PARTICULAR 3 DO SEU PRÓPRIO BOLSO 4 FLHOS PAGAM 5 OUTRO 6 NS 8 NR 9</p> <p style="text-align: center;">→ E.5</p>

	MEDICAMENTO OU REMÉDIO	RESPONSABILIDADE	TEMPO	MODO DE OBTENÇÃO
1	_____ __	__	MESES..... __ ANOS..... __	__ __
2	_____ __	__	MESES..... __ ANOS..... __	__ __
3	_____ __	__	MESES..... __ ANOS..... __	__ __
4	_____ __	__	MESES..... __ ANOS..... __	__ __
5	_____ __	__	MESES..... __ ANOS..... __	__ __
6	_____ __	__	MESES..... __ ANOS..... __	__ __
7	_____ __	__	MESES..... __ ANOS..... __	__ __
8	_____ __	__	MESES..... __ ANOS..... __	__ __

SEÇÃO E - MEDICAMENTOS

E.2 LISTA DE REMÉDIOS		E.3	E.4	E.5
<p>CASO A PESSOA ENTREVISTADA NÃO TENHA MOSTRADO OS REMÉDIOS, PERGUNTE:</p> <p>E.2. O(a) SR.(a) PODERIA ME DIZER O NOME DOS REMÉDIOS QUE ESTÁ USANDO OU TOMANDO?</p> <p style="text-align: center;">↓ E.2</p>		<p>QUEM O RECEITOU?</p> <p>MÉDICO.....1</p> <p>FARMACÊUTICO.....2</p> <p>ENFERMEIRA.....3</p> <p>O(A) SR(A) MESMO...4</p> <p>OUTRO.....5</p> <p>NS.....8</p> <p>NR.....9</p> <p style="text-align: center;">→ E.3</p>	<p>HÁ QUANTO TEMPO O USA, DE MANEIRA CONTÍNUA?</p> <p>NÃO TOMA DE MANEIRA CONTÍNUA..... 95</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p> <p style="text-align: center;">→ E.4</p>	<p>COMO OBTEVE OU QUEM PAGOU PELO REMÉDIO, NA ÚLTIMA VEZ QUE O COMPROU?</p> <p>SEGURO SOCIAL 1</p> <p>OUTRO SEGURO PÚBLICO .. 2</p> <p>SEGURO PARTICULAR 3</p> <p>DO SEU PRÓPRIO BOLSO 4</p> <p>FLHOS PAGAM 5</p> <p>OUTRO 6</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p style="text-align: center;">→ E.5</p>
MEDICAMENTO OU REMÉDIO		RESPONSABILIDADE	TEMPO	MODO DE OBTENÇÃO
9	_____	_____	MESES..... ____ ANOS..... ____	_____ _____
10	_____	_____	MESES..... ____ ANOS..... ____	_____ _____
11	_____	_____	MESES..... ____ ANOS..... ____	_____ _____
12	_____	_____	MESES..... ____ ANOS..... ____	_____ _____
13	_____	_____	MESES..... ____ ANOS..... ____	_____ _____
14	_____	_____	MESES..... ____ ANOS..... ____	_____ _____
15	_____	_____	MESES..... ____ ANOS..... ____	_____ _____
16	_____	_____	MESES..... ____ ANOS..... ____	_____ _____
17	_____	_____	MESES..... ____ ANOS..... ____	_____ _____

SEÇÃO E - MEDICAMENTOS

E.6

Atualmente, o(a) Sr(a) toma (outros) remédios naturais, como ervas ou produtos homeopáticos para cuidar da sua saúde?

SIM 1 → **VOLTE PARA E2 E ANOTE**
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

E.7

O(a) Sr(a) toma ou usa algum outro medicamento? Por exemplo: aspirina ou outro medicamento contra a dor, laxantes, medicamentos para gripe, medicamento para dormir, tranquilizantes, antiácidos, vitaminas, ungüentos ou suplemento alimentar?

SIM 1
 NÃO 2 } **VÁ PARA E..7b**
 NS 8
 NR 9

E.7a

Durante as duas últimas semanas, o(a) Sr(a) tem tomado ou usado algum desses medicamentos?

SIM.....1 → **VOLTE PARA E2 E ANOTE**
 NÃO.....2
 NS.....8
 NR.....9

E.7b **FILTRO**

Toma medicamentos.
(Ver Perguntas E.1, E.6 e E.7)

TOMA PELO MENOS UM.....1
 NÃO TOMA NENHUM.....2 → **VÁ PARA E.9**

E.8

No total, durante o último mês, quanto o (a) Sr(a) gastou com remédios, sem contar o que já está pagando pelo seguro saúde ou programa (incluindo injeções, cremes, etc comprados com ou sem receita médica)?

Nada 0
 GASTO TOTAL R\$ | | | | |
SE A PESSOA NÃO SABE O VALOR EXATO, INVESTIGUE...
 MENOS DE R\$ 1
 DE R\$ A R\$ 2
 R\$ OU MAIS 3
 NS 8
 NR 9

E.9

Em algum momento, durante os últimos 12 meses, o(a) Sr(a) deixou de tomar, ou tomou menos de algum remédio que lhe foi receitado?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

SIM, PORQUE?
 PELO CUSTO 1
 O REMÉDIO NÃO ESTAVA DISPONÍVEL 2
 NÃO TINHA TRANSPORTE 3
 NÃO GOSTA DE TOMAR REMÉDIOS 4
 OUTRA RAZÃO _____ 5
Especifique
 NÃO DEIXOU DE TOMAR NENHUM REMÉDIO 6
 NS 8
 NR 9

SECCIÃO F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS

HORADE INÍCIO: |_|_|:|_|_|

F.1

Que tipo de seguro de saúde o(a) Sr(a) tem?

ASSINALE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS

SEGURO SOCIAL 1 → VÁ PARA F.3

OUTRO SEGURO PÚBLICO: 2

SEGURO PRIVADO: 3

NENHUM 5 } VÁ PARA F.3

NS 8 }

NR 9 }

Seu seguro cobre tudo, em parte ou nenhum dos seguintes gastos médicos?	TUDO	PARTE	NENHUM	NS	NR
F.2a Consulta de clínica geral?	1	2	3	8	9
F.2b Consulta de especialista?	1	2	3	8	9
F.2c Medicamentos receitados?	1	2	3	8	9
F.2d Os exames que lhe mandam fazer?	1	2	3	8	9
F.2e Os gastos com hospitalização ou internação?	1	2	3	8	9
F.2f Óculos?	1	2	3	8	9
F.2g Próteses ou aparelhos de apoio?	1	2	3	8	9
F.2h Serviços de reabilitação? (i.e. fisioterapia)	1	2	3	8	9
F.2i Serviço de odontologia?	1	2	3	8	9
F.2j Consulta homeopática?	1	2	3	8	9
F.2k Pagamento de ganhos perdidos por doença? (NÃO caso de estar trabalhando)	1	2	3	8	9

SECCIÃO F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS

F.3

Durante os últimos 12 meses, onde o(a) Sr(a) foi quando se sentiu doente ou quando precisou fazer uma consulta de saúde?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

- NÃO FEZ CONSULTA MESMO PRECISANDO..... 01
- NÃO FICOU DOENTE, NÃO NECESSITOU NENHUMA CONSULTA..... 02 →
- CONSULTÓRIO PARTICULAR 03
- CLÍNICA PARTICULAR 04
- CLÍNICA PÚBLICA 05
- CLÍNICA DO SEGURO 06
- SERVIÇO DE EMERGÊNCIA EM HOSPITAL PARTICULAR 07
- HOSPITAL PARTICULAR 08
- HOSPITAL PÚBLICO 09
- SERVIÇO DE EMERGÊNCIA EM HOSPITAL PÚBLICO 10
- HOSPITAL DO SEGURO 11
- FARMÁCIA 12
- CURANDEIRO 13
- OUTRO _____ 96
Especifique
- NS 98
- NR 99

VÁ PARA F.31

VÁ PARA F.4

F.3a

Por que não foi?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

- DISTÂNCIA, FALTA DE TRANSPORTE 1
- NÃO TEM TEMPO 2
- NÃO TEM DINHEIRO 3
- O ATENDIMENTO NÃO É BOM 4
- OUTRO _____ 5
Especifique
- NS 8
- NR 9

VÁ PARA F.31

F.4

Durante os últimos 4 meses, quantas vezes diferentes esteve internado em um hospital, pelo menos por uma noite?

- VEZES
- NENHUMA VEZ 00
- NS 98
- NR 99

VÁ PARA F.11

SECCIÓ F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS

F.5

No total, quantas noites esteve internado em um hospital nos últimos 4 meses?

NOITES | | | |
 NS 998
 NR 999

F.6

Onde o(a) Sr.(a) esteve internado na última vez?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

HOSPITAL PÚBLICO 1
 HOSPITAL DO SEGURO SOCIAL 2
 HOSPITAL PRIVADO 3
 CLÍNICA PRIVADA 4
 CASA DE REPOUSO 5
 OUTRO 6
 Especifique
 NS 8
 NR 9

OPCIONAL PARA OS PAÍSES INTERESSADOS EM VINCULAR O DADO COM OS SISTEMAS DE REGISTRO

F.6b

Poderia me dizer o nome e o endereço deste lugar?

NOME DA INSTITUIÇÃO _____

 ENDEREÇO _____

 NS 98
 NR 99

F.7

Quanto tempo o(a) Sr.(a) demorou para chegar ao hospital?

Minutos | | |
 Horas | | |
 NS 98
 NR 99

F.8

Depois que o(a) Sr.(a) chegou ao hospital, quanto tempo esperou para ser atendido?

Minutos | | |
 Horas | | |
 NS 98
 NR 99

SEÇÃO F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS

F.9

Quem pagou pela internação?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS
MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

ENTREVISTADO 01
 ESPOSO(A)/COMPANHEIRO 02
 FILHO(A) 03
 OUTRO FAMILIAR 04
 OUTRO NÃO FAMILIAR 05
 FOI ATENDIDO EM INSTITUIÇÃO DO
 SEGURO SOCIAL 06
 FOI ATENDIDO EM OUTRA INSTITUIÇÃO PÚBLICA .. 07
 O SEGURO PARTICULAR COBRIU AS DESPESAS 08
 NS 98
 NR 99

VÁ PARA
F.11

F.10

No total, quanto pagou ou pagaram,
particularmente, por esta internação ?

TOTAL | | | | | | | |

SE A PESSOA NÃO SOUBER O VALOR EXATO,
INVESTIGUE:

MENOS DE R\$ 1
 DE R\$ A R\$ 2
 R\$ OU MAIS 3
 NS 8
 NR 9

F.11

(EXCLUINDO ESTA INTERNAÇÃO) Nos
últimos quatro (4) meses o(a) Sr.(a)
procurou assistência médica ou uma
consulta médica de qualquer tipo?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
F.30

F.12

Quantas vezes, nos últimos 4 meses, o(a)
Sr.(a) procurou atendimento médico?

VEZES | | | |

NS 98
 NR 99

F.13

Em relação à última vez que precisou de
atenção médica, com quem realizou a
consulta?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

MÉDICO 1
 ENFERMEIRA 2
 FARMACÊUTICO 3
 CURANDEIRO (NATURALISTA) 4
 OUTRO 5
 NS 8
 NR 9

SECCIÓN F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS

<p>F.14</p> <p>Onde o(a) Sr.(a) recebeu esta atenção ou consulta?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA</p> </div>	<table border="0"> <tr><td>HOSPITAL PÚBLICO</td><td>01</td></tr> <tr><td>HOSPITAL DO SEGURO SOCIAL</td><td>02</td></tr> <tr><td>HOSPITAL PRIVADO</td><td>03</td></tr> <tr><td>CLÍNICA DO SEGURO</td><td>04</td></tr> <tr><td>CLÍNICA PRIVADA</td><td>05</td></tr> <tr><td>FARMÁCIA</td><td>06</td></tr> <tr><td>CONSULTÓRIO PARTICULAR</td><td>07</td></tr> <tr><td>CLÍNICA PÚBLICA</td><td>08</td></tr> <tr><td>NA PRÓPRIA CASA</td><td>09</td></tr> <tr><td>OUTRO _____</td><td>10</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Especifique</td><td></td></tr> <tr><td>NS</td><td>98</td></tr> <tr><td>NR</td><td>99</td></tr> </table>	HOSPITAL PÚBLICO	01	HOSPITAL DO SEGURO SOCIAL	02	HOSPITAL PRIVADO	03	CLÍNICA DO SEGURO	04	CLÍNICA PRIVADA	05	FARMÁCIA	06	CONSULTÓRIO PARTICULAR	07	CLÍNICA PÚBLICA	08	NA PRÓPRIA CASA	09	OUTRO _____	10	Especifique		NS	98	NR	99
HOSPITAL PÚBLICO	01																										
HOSPITAL DO SEGURO SOCIAL	02																										
HOSPITAL PRIVADO	03																										
CLÍNICA DO SEGURO	04																										
CLÍNICA PRIVADA	05																										
FARMÁCIA	06																										
CONSULTÓRIO PARTICULAR	07																										
CLÍNICA PÚBLICA	08																										
NA PRÓPRIA CASA	09																										
OUTRO _____	10																										
Especifique																											
NS	98																										
NR	99																										
<p>F.15</p> <p>Quanto tempo esperou entre a solicitação da consulta e o atendimento?</p>	<table border="0"> <tr><td>DIAS</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>MESES</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>NS</td><td></td><td>98</td></tr> <tr><td>NR</td><td></td><td>99</td></tr> </table>	DIAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MESES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NS		98	NR		99														
DIAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
MESES	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
NS		98																									
NR		99																									
<p>F.16</p> <p>Quanto tempo demorou para chegar ao local onde fez a consulta?</p>	<table border="0"> <tr><td>Minutos</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Horas</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>NS</td><td></td><td>98</td></tr> <tr><td>NR</td><td></td><td>99</td></tr> </table>	Minutos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Horas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NS		98	NR		99														
Minutos	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
Horas	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
NS		98																									
NR		99																									
<p>F.17</p> <p>No local da consulta, quanto tempo esperou para ser atendido por um profissional de saúde?</p>	<table border="0"> <tr><td>Minutos</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Horas</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>NS</td><td></td><td>98</td></tr> <tr><td>NR</td><td></td><td>99</td></tr> </table>	Minutos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Horas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NS		98	NR		99														
Minutos	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
Horas	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
NS		98																									
NR		99																									
<p>F.18</p> <p>Quem pagou por esta consulta?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE</p> </div>	<table border="0"> <tr><td>ENTREVISTADO</td><td>01</td></tr> <tr><td>ESPOSO(A)/COMPANHEIRO</td><td>02</td></tr> <tr><td>FILHO(A)</td><td>03</td></tr> <tr><td>OUTRO FAMILIAR</td><td>04</td></tr> <tr><td>OUTRO NÃO FAMILIAR</td><td>05</td></tr> <tr><td>FOI ATENDIDO EM INSTITUIÇÃO DO SEGURO SOCIAL</td><td>06</td></tr> <tr><td>FOI ATENDIDO EM OUTRA INSTITUIÇÃO PÚBLICA, GRATUITA</td><td>07</td></tr> <tr><td>O SEGURO PRIVADO COBRIU OS GASTOS</td><td>08</td></tr> <tr><td>NS</td><td>98</td></tr> <tr><td>NR</td><td>99</td></tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>VÁ PARA F.20</p> </div>	ENTREVISTADO	01	ESPOSO(A)/COMPANHEIRO	02	FILHO(A)	03	OUTRO FAMILIAR	04	OUTRO NÃO FAMILIAR	05	FOI ATENDIDO EM INSTITUIÇÃO DO SEGURO SOCIAL	06	FOI ATENDIDO EM OUTRA INSTITUIÇÃO PÚBLICA, GRATUITA	07	O SEGURO PRIVADO COBRIU OS GASTOS	08	NS	98	NR	99						
ENTREVISTADO	01																										
ESPOSO(A)/COMPANHEIRO	02																										
FILHO(A)	03																										
OUTRO FAMILIAR	04																										
OUTRO NÃO FAMILIAR	05																										
FOI ATENDIDO EM INSTITUIÇÃO DO SEGURO SOCIAL	06																										
FOI ATENDIDO EM OUTRA INSTITUIÇÃO PÚBLICA, GRATUITA	07																										
O SEGURO PRIVADO COBRIU OS GASTOS	08																										
NS	98																										
NR	99																										

SEÇÃO F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS

<p>F.19</p> <p>No total, quanto o(a) Sr.(a) pagou por esta consulta?</p>	<p>TOTAL </p> <p>SE A PESSOA NÃO SOUBER O VALOR EXATO, INVESTIGUE:</p> <p>MENOS DE R\$ 1</p> <p>DE R\$ A R\$ 2</p> <p>R\$ OU MAIS 3</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>F.20</p> <p>Durante esta consulta, pediram ao(a) Sr.(a) radiografias, exames de laboratório ou outros exames?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">VÁ PARA F.25</p>
<p>F.20a</p> <p>E o(a) sr.(a) fez os exames solicitados?</p>	<p>SIM, FEZ TODOS 1 → VÁ PARA F.22</p> <p>NÃO FEZ TODOS, PORÉM TEM DATA MARCADA .. 2 → VÁ PARA F.25</p> <p>NÃO FEZ OU FEZ SÓ ALGUNS 3</p>
<p>F.21</p> <p>Por que não fez (todos) os exames que lhe indicaram?</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;">ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE</p>	<p>ATENÇÃO CARA/CUSTO DOS EXAMES 1</p> <p>CUSTO DO TRANSPORTE (DA VIAGEM) 2</p> <p>TEMPO DE TRANSPORTE E A ESPERA 3</p> <p>O PROBLEMA NÃO ERA GRAVE 4</p> <p>A FAMÍLIA PRECISAVA DE LE(A) 5</p> <p>NÃO TÍNHAMOS RECURSOS DISPONÍVEIS 6</p> <p>OUTRO 7</p> <p style="padding-left: 100px;">Especifique</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">VÁ PARA F.25</p>
<p>F.22</p> <p>Onde o(a) Sr.(a) fez os exames, diagnósticos ou exames de laboratório?</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;">ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE</p>	<p>HOSPITAL PÚBLICO 01</p> <p>HOSPITAL DO SEGURO SOCIAL 02</p> <p>HOSPITAL PRIVADO 03</p> <p>CLÍNICA DO SEGURO 04</p> <p>CLÍNICA PARTICULAR 05</p> <p>FARMÁCIA 06</p> <p>CONSULTÓRIO PARTICULAR 07</p> <p>CLÍNICA PÚBLICA 08</p> <p>LABORATÓRIO 09</p> <p>OUTRO 10</p> <p style="padding-left: 100px;">Especifique</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>

SECCIÓN F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS

F.23

Quem pagou?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

- ENTREVISTADO 01
- ESPOSO(A)/COMPANHEIRO 02
- FILHO(A) 03
- OUTRO FAMILIAR 04
- OUTRO NÃO FAMILIAR 05
- FOI ATENDIDO EM INSTITUIÇÃO DO SEGURO SOCIAL 06
- FOI ATENDIDO EM OUTRA INSTITUIÇÃO PÚBLICA, GRATUITA 07
- O SEGURO PRIVADO COBRIU OS GASTOS 08
- NS 98
- NR 99

VÁ PARA F.25

F.24

Quanto pagou ou pagaram, particularmente, por estes exames?

TOTAL | | | | | | | | | |

SE A PESSOA NÃO SOUBER O VALOR EXATO, INVESTIGUE:

- MENOS DE R\$ 1
- DE R\$ A R\$ 2
- R\$ OU MAIS 3
- NS 8
- NR 9

F.25

Durante a consulta lhe receitaram medicamentos ou remédios?

- SIM 1
- NÃO 2
- NS 8
- NR 9

VÁ PARA F.31

F.26

O(a) Sr.(a) conseguiu os medicamentos ou remédios receitados?

- SIM 1 →
- ALGUNS SIM E OUTROS NÃO 2
- NÃO 3
- NS 8
- NR 9

VÁ PARA F.27

VÁ PARA F.31

F.26a

Por que não conseguiu os remédios?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

- CUSTO DOS MEDICAMENTOS 1
- O SEGURO NÃO COBRE ESTA DESPESA 2
- NÃO TINHA TRANSPORTE 3
- MEDICAMENTO NÃO ESTÁ DISPONÍVEL 4
- OUTRO 5
- NS 8
- NR 9

VÁ PARA F.31

SECCIÓN F. USO Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS

F.27

Tiveram que pagar por estes remédios?

SIM	1	} VÁ PARA F.31
NÃO	2	
NS	8	
NR	9	

F.28

Quem pagou?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

ENTREVISTADO	1
ESPOSO(A)/COMPANHEIRO	2
FILHO(A)	3
OUTRO FAMILIAR	4
OUTRO NÃO FAMILIAR	5
NS	8
NR	9

F.29

Quanto pagaram por estes medicamentos?

TOTAL	_ _ _ _ _ _ _ _ _	} VÁ PARA F.31	
SE A PESSOA NÃO SOUBER O VALOR EXATO, INVESTIGUE:			
MENOS DE R\$	1		
DE R\$ A R\$	2		
R\$ OU MAIS	3		
NS	8		
NR	9		

F.30

Por que não fez nenhuma consulta médica nos últimos 4 meses?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

NÃO PRECISOU	01
CUSTO	02
CUSTO DA VIAGEM	03
TEMPO DA VIAGEM E DA ESPERA	04
O PROBLEMA NÃO ERA GRAVE	05
O ATENDIMENTO É RUIM	06
A FAMÍLIA PRECISAVA DELE(A)	07
AUTOMEDICOU-SE	08
OUTRO _____ Especifique	09
NS	98
NR	99

F.31

Antes de terminarmos esta seção, o(a) Sr.(a) poderia me dizer se recebeu algumas destas vacinas?

Gripe, durante os últimos 12 meses?

Tetano, durante nos últimos 10 anos?

SIM, GRIPE, DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES	1
SIM, TÉTANO, NOS ÚLTIMOS 10 ANOS	2
NENHUMA	3
NS	8
NR	9

SEÇÃO G - REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL

HORA DE INÍCIO: |__|:|__|

AGORA TEMOS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA CASA. AS FAMÍLIAS E OS AMIGOS AJUDAM-SE MUTUAMENTE DE VÁRIAS MANEIRAS. PARTE DA NOSSA PESQUISA TEM POR OBJETIVO DESCOBRIR COMO ISTO ACONTECE. PARA TERMOS UM PANORAMA COMPLETO DA SITUAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS, PRECISAMOS CONHECER ALGUNS DETALHES SOBRE AS PESSOAS QUE MORAM HABITUALMENTE NESTA CASA.

DADOS GERAIS DOS MEMBROS DO DOMICÍLIO

Anote o nome de todos os componentes da família e inclua o ENTREVISTADO. Pergunte G.3 a G.16 para cada componente da família e SOMENTE G.3 PARA O ENTREVISTADO.

	G.1	G.2	G.3	G.4	G.5	G.6
N U M E R O D E R E G I S T R O	<p>POR FAVOR, DIGA-ME O NOME DE CADA UMA DAS PESSOAS QUE VIVEM AQUI, COMEÇANDO PELO CHEFE DA FAMÍLIA; NÃO SE ESQUEÇA DE INCLUIR SEU NOME E O DAS CRIANÇAS. INCLUA TAMBÉM A EMPREGADA DOMÉSTICA QUE MORA NA CASA</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px; width: fit-content;"> <p>ANOTE OS NOMES DE TODOS OS MEMBROS DA CASA. INCLUA O ENTREVISTADO REGISTRANDO "ENTREVISTADO"</p> </div> <p style="text-align: center;">↓ G.1</p>	<p>ENTÃO, SÃO</p> <p style="text-align: center;"> __ </p> <p>PESSOAS QUE COMPÕEM ESTA FAMÍLIA?</p> <p>SIM 1</p> <p>NÃO ... 2 →</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px; width: fit-content;"> <p>SE NÃO, VERIFIQUE E CORRIJA A LISTA</p> </div>	<p>QUAL É O PARENTESCO DE (NOME) COM O(A) CHEFE DA FAMÍLIA?</p> <p>ESPOSO(A)/ COMPNHEIRO(A) 02</p> <p>FILHO(A) 03</p> <p>PAIS 04</p> <p>SOGROS 05</p> <p>IRMÃOS 06</p> <p>GENRO OU NORA 07</p> <p>NETO(A) 08</p> <p>ENTEADO(A) 09</p> <p>OUTRO FAMILIAR 10</p> <p>OUTRO NÃO FAMILIAR 11</p> <p>EMPREGADO DOMÉSTICO 12</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">G.3</p>	<p>QUAL É O PARENTESCO DE (NOME) COM O(A) SR.(A)?</p> <p>ESPOSO(A)/ COMPNHEIRO(A) 01</p> <p>FILHO(A) 02</p> <p>PAIS 03</p> <p>SOGROS 04</p> <p>IRMÃOS 05</p> <p>GENRO OU NORA 06</p> <p>NETO(A) 07</p> <p>ENTEADO(A) 08</p> <p>OUTRO FAMILIAR 09</p> <p>OUTRO NÃO FAMILIAR 10</p> <p>EMPREGADO DOMÉSTICO 11</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">G.4</p>	<p>(NOME) É HOMEM OU MULHER?</p> <p>HOMEM 1</p> <p>MULHER 2</p> <p>NÃO SE APLICA 7</p> <p style="text-align: center;">→</p> <p style="text-align: center;">G.5</p>	<p>QUANTOS ANOS COMPLETOS TEM (NOME)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px; width: fit-content;"> <p>IDADE EN ANOS CUMPLETOS</p> </div> <p>MENOS DE 1 ANO 000</p> <p>NS 997</p> <p>NS 998</p> <p>NR 999</p> <p style="text-align: center;">→</p> <p style="text-align: center;">G.6</p>
	LISTA DE PESSOAS		PARENTESCO	PARENTESCO	SEXO	IDADE
1			01 CHEFE DO DOMICÍLIO	__	__	__
2			__	__	__	__
3			__	__	__	__
4			__	__	__	__
5			__	__	__	__
6			__	__	__	__
7			__	__	__	__
8			__	__	__	__
9			__	__	__	__
10			__	__	__	__

DADOS GERAIS E EDUCAÇÃO

		PARA PESSOAS COM 5 ANOS COMPLETOS OU MAIS		
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.7	G.8	G.9	
		<p>(NOME) TEM DIREITO A SERVIÇO MÉDICO (OU COBERTURA MÉDICA)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">LEIA CADA OPÇÃO E ANOTE ATÉ 2 CÓDIGOS</div> <p>SEGURO SOCIAL? 1</p> <p>ISSSTE? 2</p> <p>DE INSTITUIÇÕES PÚBLICAS OU PARAESTATAIS (EXÉRCITO, MARINHA, ETC.)? 3</p> <p>PAGO POR EMPRESAS PRIVADAS (FÁBRICAS, BANCOS, ETC.)? 4</p> <p>EM OUTRO TIPO DE INSTITUIÇÃO? 5</p> <p>NÃO TEM DIREITO A SERVIÇO MÉDICO? 6</p> <p>NA 7</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p style="text-align: center;">→ G.7</p>	<p>(NOME), SABER LER E ESCREVER UM RECADO?</p> <p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NA 7</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p style="text-align: center;">→ G.8</p>	<p>(NOME) FREQUENTOU A ESCOLA?</p> <p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NA 7</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">VÁ PARA G.11</div> <p style="text-align: center;">→ G.9</p>
	AFILIAÇÃO	ALFABETIZAÇÃO	ASSISTÊNCIA	
1	_ _	_	_	
2	_ _	_	_	
3	_ _	_	_	
4	_ _	_	_	
5	_ _	_	_	
6	_ _	_	_	
7	_ _	_	_	
8	_ _	_	_	
9	_ _	_	_	
10	_ _	_	_	

CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS Y SERVICIOS DE SALUD

PARA LAS PERSONAS DE 5 ANOS CUMPLIDOS O MÁS		PARA PESSOAS COM 12 ANOS COMPLETOS OU MAIS		
G.10		G.11	G.12	
N Ú M E R O D E E R E G I S T R O	QUAL FOI O ÚLTIMO GRAU QUE (NOME) FOI APROVADO NA ESCOLA? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> ANOTE O ÚLTIMO GRAU APROVADO E O NÍVEL CORRESPONDENTE </div> <p>Nível:</p> Primeiro grau (ou primário + ginásio)..... 01 Segundo grau (antigo clássico e científico).....02 Primeiro grau + auxiliar técnico..... 03 Técnico de nível médio (ex: técnico em contabilidade, laboratório)..... 04 Magistério - segundo grau (antigo normal)..... 06 Graduação (nível superior)..... 07 Pós-graduação..... 08 NA.....97 NS.....98 NR.....99		ATUALMENTE (NOME)... <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA </div> VIVE EM UNIÃO LIVRE 1 É CASADO? 2 É VIÚVO? 3 É DIVORCIADO? 4 É SEPARADO? 5 É SOLTEIRO? 6 NS 7 NS 8 NR 9	
	→ G.10		→ G.11	
	QUAL FOI O ÚLTIMO GRAU QUE (NOME) FOI APROVADO NA ESCOLA? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> LEIA CADA OPÇÃO ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA </div> TRABALHOU? 01 NÃO TRABALHOU, MAS TINHA TRABALHO 02 PROCUROU TRABALHO? 03 DEDICOU-SE AOS AFAZERES DOMÉSTICOS? 04 FOI PARA ESCOLA? 05 ESTÁ APOSENTADO OU É PENSIONISTA? 06 ESTÁ INCAPACITADO PERMANENTEMENTE PARA O TRABALHO? 07 NÃO TRABALHOU? 08 NA 97 NS 98 NR 99		→ G.12	
	NIVEL	GRAU	ESTADO CIVIL	CONDIÇÃO DE ATIVIDADE
	1	_ _	_	_ _
	2	_ _	_	_ _
	3	_ _	_	_ _
	4	_ _	_	_ _
	5	_ _	_	_ _
	6	_ _	_	_ _
7	_ _	_	_ _	
8	_ _	_	_ _	
9	_ _	_	_ _	
10	_ _	_	_ _	

TRANSFERÊNCIAS

PARA PESSOAS COM 12 ANOS COMPLETOS OU MAIS										
N Ú M E R O D E E R E G I S T R O	G.13			G.14		G.15			G.16	
		<p style="text-align: center;">AGORA DIGA-ME SE (NOME) LHE OFERECE ALGUM TIPO DE AJUDA.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin-bottom: 5px;">SE SIM, LEIA CADA OPÇÃO E ANOTE ATÉ 3 CÓDIGOS</div> <p>SIM, COM DINHEIRO 1</p> <p>COM SERVIÇOS COMO TRANSPORTE, AJUDA NAS TAREFAS DE CASA, ETC. 2</p> <p>DANDO COISAS QUE PRECISA COMO COMIDA, ROUPAS, ETC... 3</p> <p>OUTRO 4</p> <p>NÃO 5</p> <p>NA 7</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin-top: 5px;">VÁ PARA G.15</div> <p style="text-align: center;">→ G.13</p>			<p>NO TOTAL, COM QUE FREQUÊNCIA (NOME) LHE AJUDA?</p> <p>VEZES</p> <p>por</p> <p>PERIODO:</p> <p>SEMANA 1</p> <p>MÊS 2</p> <p>ANO 3</p> <p>MENOS DE UMA VEZ POR ANO..00, 4</p> <p>NA97, 7</p> <p>NS98, 8</p> <p>NR99, 9</p> <p style="text-align: center;">→ G.14</p>		<p style="text-align: center;">AGORA DIGA-ME SE O SR. AJUDA (NOME) DE ALGUMA FORMA.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin-bottom: 5px;">SE SIM, LEIA CADA OPÇÃO E ANOTE ATÉ 3 CÓDIGOS</div> <p>SIM, COM DINHEIRO 1</p> <p>COM SERVIÇOS COMO TRANSPORTE, AJUDA NAS TAREFAS DE CASA, ETC. 2</p> <p>DANDO COISAS QUE PRECISA COMO COMIDA, ROUPAS, ETC ... 3</p> <p>CUIDANDO DE CRIANÇAS 4</p> <p>OUTRO 5</p> <p>NÃO 6</p> <p>NA 7</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin-top: 5px;">VÁ PARA G.17a</div> <p style="text-align: center;">→ G.15</p>			<p>NO TOTAL, COM QUE FREQUÊNCIA O SR. AJUDA (NOME)?</p> <p>VEZES</p> <p>por</p> <p>PERIODO:</p> <p>SEMANA 1</p> <p>MÊS 2</p> <p>ANO 3</p> <p>MENOS DE UMA VEZ POR ANO..00, 4</p> <p>NA97, 7</p> <p>NS98, 8</p> <p>NR99, 9</p> <p style="text-align: center;">→ G.16</p>
	AJUDA RECEBIDA			VEZES	PERIODO	AJUDA DO ENTREVISTADO			VEZES	PERIODO
1	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
2	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
3	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
4	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
5	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
6	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
7	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
8	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
9	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
10	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_

TRANSFERÊNCIAS

G.17a

Entre as pessoas que moram com o Sr. nesta casa, há alguém, com 60 anos ou mais, que esteja permanentemente em um hospital, asilo ou outra instituição?

SIM, QUANTAS?

NÃO 0

NS 8

NR 9

VÁ PARA G.18

NÚMERO DE REGISTRO	G.17b	G.17c	G.17d	G.17e
	INDICAR O NOME OU OS NOMES DAS PESSOAS AUSENTES	QUANTOS ANOS COMPLETOS TEM (NOME)?	(NOME) É HOMEM OU MULHER?	¿En qué tipo de institución está ahora?
	↓ G.17b	→ G.17c	→ G.17d	→ G.17e
	LISTA DE PESSOAS	IDADE	SEXO	INSTITUIÇÃO
1		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

G.18 FILTRO

O entrevistado tem pelo menos um filho, enteado ou filho adotivo, atualmente vivo que não reside nessa casa. (ver pergunta A.23 e G.3)

SIM 1

NÃO 2 →

VÁ PARA G.32

DADOS GERAIS DE FILHOS QUE NÃO MORAM NA CASA

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.18a	G.19	G.20	G.21
	<p>AGORA, QUERO PERGUNTAR SOBRE OS FILHOS QUE NÃO MORAM COM O SR. POR FAVOR DIGA-ME O NOME DOS SEUS FILHOS QUE NÃO VIVEM COM O SR.</p> <p>ANOTE OS NOMES DE TODOS OS FILHOS QUE NÃO MORAM COM O ENTREVISTADO E PERGUNTE G.19 A G.31</p> <p>No. DE FILHOS FORA DA CASA</p> <p>____ ____ </p> <p>NÃO TEM FILHOS FORA DE CASA.....00 NS.....98 NR.....99 } VÁ PARA G.32</p> <p style="text-align: center;">↓ G.18a</p>	<p>(NOME) É SEU</p> <p>LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA</p> <p>Filho(a) proprio? 1 Enteado? 2 Filho(a) adotivo? 3 NS 8 NR 9</p> <p style="text-align: center;">→ G.19</p>	<p>(NOME) É HOMEM OU MULHER?</p> <p>HOMEM 1 MULHER 2</p> <p style="text-align: center;">→ G.20</p>	<p>QUANTOS ANOS COMPLETOS TEM (NOME)?</p> <p>IDADE EM ANOS COMPLETOS</p> <p>MENOS DE 1 ANO.....000 NS.....998 NR.....999</p> <p style="text-align: center;">→ G.21</p>
	NOME	PARENTESCO	SEXO	IDADE
	1	_ _	_ _	_ _ _
	2	_ _	_ _	_ _ _
	3	_ _	_ _	_ _ _
	4	_ _	_ _	_ _ _
	5	_ _	_ _	_ _ _
	6	_ _	_ _	_ _ _
	7	_ _	_ _	_ _ _
8	_ _	_ _	_ _ _	
9	_ _	_ _	_ _ _	
10	_ _	_ _	_ _ _	

DATOS GENERALES HIJOS QUE NÃO VIVEN EN EL HOGAR

N Ú M E R O	G.22		G.23	G.24	G.25
	QUAL FOI O ÚLTIMO GRAU QUE (NOME) FREQUENTOU? ANOTE EL ÚLTIMO GRAU APROBADO Y EL NIVEL CORRESPONDENTE		ATUALMENTE (NOME)... LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA	QUANTOS FILHOS TEM (NOME)? ANOTE EL NÚMERO DE HIJOS	NA SEMANA PASSADA (NOME): LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA
	NIVEL: Primeiro grau (ou primário + ginásio)..... 01 Segundo grau (antigo clássico e científico).....02 Primeiro grau + auxiliar técnico..... 03 Técnico de nível médio (ex: técnico em contabilidade, laboratório)..... 04 Magistério - segundo grau (antigo normal) 06 Graduação (nível superior)..... 07 Pós-graduação..... 08 NS.....98 NR.....99		VIVE EM UNIÃO LIVRE 1 É CASADO? 2 É VIÚVO? 3 É DIVORCIADO? 4 É SEPARADO? 5 É SOLTEIRO? 6 NS 8 NR 9	NS.....98 NR.....99	TRABALHOU? 01 NÃO TRABALHOU, MAS TINHA TRABALHO? 02 PROCUROU TRABALHO? 03 DEDICOU-SE AOS AFAZERES DOMÉSTICOS? 04 FOI PARA ESCOLA? 05 ESTÁ APOSENTADO OU É PENSIONISTA? 06 ESTÁ INCAPACITADO PERMANENTEMENTE PARA O TRABALHO? 07 NÃO TRABALHOU? 08 NS 98 NR 99
	→ G.22		→ G.23	→ G.24	→ G.25
	NIVEL	GRAU	ESTADO CIVIL	NÚMERO DE FILHOS	CONDIÇÃO DE ATIVIDADE
1	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____	_____	_____

DADOS GERAIS DE FILHOS QUE NÃO MORAM NA CASA

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.26	G.27a		G.27b
	ONDE (NOME) VIVE?	COM QUE FREQUÊNCIA O SR. VÊ OU FALA COM (NOME)?		COMO O SR. SE SENTE COM A SUA COMUNICAÇÃO COM (NOME)?
	LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA			LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA
	Mesmo bairro 1	VEZES		
	Outro bairro na mesma cidade 2	por		
	Outra cidade, mas mesmo país 3	PERÍODO:		
	OUTRO PAÍS 4	SEMANA 1		
	NS 8	MÊS 2		
	NR 9	ANO 3		
		MENOS DE UMA VEZ POR ANO..00, 4		
	Nunca00, 0			
	NS98, 8			
	NR ..99, 9			
	→ G.26	→ G.27a		→ G.27b
	RESIDÊNCIA	VEZES	PERÍODO	SATISFAÇÃO COM A COMUNICAÇÃO
1	_ _	_ _	_ _	_ _
2	_ _	_ _	_ _	_ _
3	_ _	_ _	_ _	_ _
4	_ _	_ _	_ _	_ _
5	_ _	_ _	_ _	_ _
6	_ _	_ _	_ _	_ _
7	_ _	_ _	_ _	_ _
8	_ _	_ _	_ _	_ _
9	_ _	_ _	_ _	_ _
10	_ _	_ _	_ _	_ _

DADOS GERAIS DE FILHOS QUE NÃO MORAM NA CASA

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.28	G.29		G.30			G.31	
	<p>AGORA DIGA-ME SE (NOME) LHE OFERECE ALGUM TIPO DE AJUDA.</p> <p>SE SIM, LEIA CADA OPÇÃO E ANOTE ATÉ 3 CÓDIGOS</p> <p>SIM, COM DINHEIRO 1</p> <p>COM SERVIÇOS COMO TRANSPORTE, AJUDA NAS TAREFAS DE CASA, ETC. 2</p> <p>DANDO COISAS QUE PRECISA COMO COMIDA, ROUPAS, ETC... 3</p> <p>COMPANHIA 4</p> <p>OUTRO 5</p> <p>NÃO 6</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>VÁ PARA G.30</p> <p>→ G.28</p>	<p>COM QUE FREQUÊNCIA (NOME) AJUDA O SR.?</p> <p>VEZES</p> <p>por</p> <p>PERIODO: SEMANA 1 MÊS 2 ANO 3</p> <p>MENOS DE UMA VEZ POR ANO.....00, 4</p> <p>NS98, 8</p> <p>NR99, 9</p> <p>→ G.29</p>	<p>AGORA DIGA-ME SE O SR. AJUDA (NOME) DE ALGUMA FORMA.</p> <p>SE SIM, LEIA CADA OPÇÃO E ANOTE ATÉ 3 CÓDIGOS</p> <p>SIM, COM DINHEIRO 1</p> <p>COM SERVIÇOS COMO TRANSPORTE, AJUDA NAS TAREFAS DE CASA, ETC. 2</p> <p>DANDO COISAS QUE PRECISA COMO COMIDA, ROUPAS, ETC... 3</p> <p>CUIDANDO DE CRIANÇAS 4</p> <p>OUTRO 5</p> <p>NÃO 6</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>VÁ PARA G.32</p> <p>→ G.30</p>	<p>NO TOTAL, COM QUE FREQUÊNCIA O SR. AJUDA (NOME)?</p> <p>VEZES</p> <p>por</p> <p>PERIODO: SEMANA 1 MÊS 2 ANO 3</p> <p>MENOS DE UMA VEZ POR ANO.....00, 4</p> <p>NS98, 8</p> <p>NR99, 9</p> <p>→ G.31</p>				
	AJUDA RECEBIDA	VEZES	PERIODO	AJUDA DO ENTREVISTADO	VEZES	PERIODO		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

DADOS GERAIS DE IRMÃOS E IRMÃS

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.32	G.33	G.34	G.35	G.36
	<p>Em seguida temos algumas perguntas a fazer sobre irmãos e irmãs que não moram com o Sr.</p> <p>Começando com seu irmão mais velho, por favor, diga-me os nomes de cada um dos seus irmãos que não vivem com o Sr.</p> <p>ANOTE TODOS OS IRMÃOS QUE NÃO MORAM NO DOMICÍLIO E PERGUNTE DE G.33 A G.43</p> <p>TEM IRMÃOS FORA DO DOMICÍLIO.....1</p> <p>NÃO TEM IRMÃOS FORA DO DOMICÍLIO OU JÁ FALECERAM.....0</p> <p>NS.....8</p> <p>NR.....9</p> <p>VÁ PARA G.44a</p> <p>G.32</p>	<p>(NOME) É HOMEM OU MULHER?</p> <p>HOMEM 1</p> <p>MULHER 2</p> <p>G.33</p>	<p>QUE IDADE TEM (NOME)?</p> <p>IDADE EN ANOS CUMPLIDOS</p> <p>NS 998</p> <p>NR 999</p> <p>G.34</p>	<p>ATUALMENTE, (NOME)...?</p> <p>LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTIVER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA</p> <p>VIVE EM UNIÃO</p> <p>LIVRE 1</p> <p>É CASADO? 2</p> <p>É VIÚVO? 3</p> <p>É DIVORCIADO? 4</p> <p>É SEPARADO? 5</p> <p>É SOLTEIRO? 6</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>G.35</p>	<p>QUANTOS FILHOS TEM (NOME)?</p> <p>ANOTE O NÚMERO DE FILHOS</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p> <p>G.36</p>
	NOME DOS IRMÃOS	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	NÚMERO DE FILHOS
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

DADOS GERAIS DE IRMÃOS E IRMÃS

G.37		G.38	G.39a		G.39b
NA SEMANA PASSADA (NOME): LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA		ONDE (NOME) VIVE? LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA	COM QUE FREQUÊNCIA VÊ OU FALA COM (NOME)? VEZES por PERÍODO: SEMANA 1 MÊS 2 ANO 3 MENOS DE UMA VEZ AO ANO...00, 4 Nunca.....00, 0 NS98, 8 NR99, 9		QUÃO SATISFEITO O SR. SE SENTE COM A SUA COMUNICAÇÃO COM (NOME)? LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA
TRABALHOU? 01 NÃO TRABALHOU, MAS TINHA TRABALHO? 02 PROCUROU TRABALHO? 03 DEDICOU-SE AOS AFAZERES DOMÉSTICOS? 04 FOI A ESCOLA 05 ESTÁ APOSENTADO OU PENSIONISTA? 06 ESTÁ INCAPACITADO PERMANENTEMENTE PARA O TRABALHO? 07 NÃO TRABALHOU? 08 NS 98 NR 99 → G.37		Mesmo bairro 1 Distinta colonia, pero misma ciudad 2 Otra ciudad pero mismo país 3 Outro país 4 NS 8 NR 9 → G.38	MUITO SATISFEITO 1 SATISFEITO 2 NÃO ESTÁ SATISFEITO 3 NS 8 NR 9 → G.39b		
CONDIÇÃO DE ATIVIDADE		RESIDÊNCIA	VEZES	PERÍODO	SATISFAÇÃO COM A COMUNICAÇÃO
1	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____	_____	_____

DADOS GERAIS DE IRMÃOS E IRMÃS

N Ú M E R O D E E R E G I S T R O	G.40	G.41		G.42			G.43	
	AGORA DIGA-ME SE (NOME) LHE OFERECE ALGUM TIPO DE AJUDA. SE SIM, LEIA CADA OPÇÃO E ANOTE ATÉ 3 CÓDIGOS SIM, COM DINHEIRO 1 COM SERVIÇOS COMO TRANSPORTE, AJUDA NAS TAREFAS DE CASA, ETC. 2 DANDO COISAS QUE PRECISA COMO COMIDA, ROUPAS, ETC... 3 COMPANHIA 4 OUTRO 5 NÃO 6 NS 8 NR 9 VÁ PARA G.42 →	COM QUE FREQUÊNCIA (NOME) AJUDA O SR.? VEZES por PERIODO: SEMANA 1 MÊS 2 ANO 3 MENOS DE UMA VEZ AO ANO....00, 4 Nunca.....00, 0 NS98, 8 NR99, 9 → G.41	AGORA DIGA-ME SE O SR. AJUDA (NOME) DE ALGUMA FORMA. SE SIM, LEIA CADA OPÇÃO E ANOTE ATÉ 3 CÓDIGOS SIM, COM DINHEIRO 1 COM SERVIÇOS COMO TRANSPORTE, AJUDA NAS TAREFAS DE CASA, ETC. 2 DANDO COISAS QUE PRECISA COMO COMIDA, ROUPAS, ETC... 3 COMPANHIA 4 OUTRO 5 NÃO 6 NS 8 NR 9 VÁ PARA G.44 → G.42	NO TOTAL, COM QUE FREQUÊNCIA O SR. AJUDA (NOME)? VEZES por PERIODO: SEMANA 1 MÊS 2 ANO 3 MENOS DE UMA VEZ AO ANO....00, 4 Nunca.....00, 0 NS98, 8 NR99, 9 → G.43				
	AJUDA RECEBIDA	VEZES	PERIODO	AJUDA DO ENTREVISTADO			VEZES	PERIODO
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

DADOS GERAIS DE OUTROS FAMILIARES E AMIGOS

	G.44a	G.44b	G.45	G.46	
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	<p>EXISTE ALGUM OUTRO FAMILIAR OU AMIGO DO QUAL O SR. RECEBE OU DÁ AJUDA E QUE NÃO MORA NA SUA CASA?</p> <p>SIM. →PODERIA ME DIZER O NOME DESTAS PESSOAS?...1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>VÁ PARA G.52</p> <p>ANOTE TODOS OS OUTROS FAMILIARES E AMIGOS QUE NÃO RESIDEM NO DOMICÍLIO E PERGUNTE G44b-G51</p> <p>↓ G.44a</p>	<p>QUAL É O PARENTESCO DE (NOME) COM O SR.?</p> <p>PAIS 1</p> <p>SOGROS 2</p> <p>GENRO OU NORA 3</p> <p>NETO 4</p> <p>SOBRINHO(A) 5</p> <p>OUTRO FAMILIAR 6</p> <p>NÃO FAMILIAR 7</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>→ G.44b</p>	<p>(NOME) É HOMEM OU MULHER?</p> <p>HOMEM 1</p> <p>MULHER 2</p> <p>→ G.45</p>	<p>ONDE (NOME) VIVE?</p> <p>LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA</p> <p>MESMO BAIRRO 1</p> <p>OUTRO BAIRRO, MAS NA MESMA CIDADE 2</p> <p>OUTRA CIDADE, MAS MESMO PAÍS 3</p> <p>OUTRO PAÍS 4</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>→ G.46</p>	
		NOME	PARENTESCO	SEXO	RESIDÊNCIA
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
9					
10					

DADOS GERAIS DE OUTROS FAMILIARES E AMIGOS

G.47a		G.47b		G.48	
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	COM QUE FREQUÊNCIA VÊ OU FALA COM (NOME)? VEZES por PERÍODO: SEMANA 1 MÊS 2 ANO 3 MENOS DE UMA VEZ POR ANO.....00, 4 Nunca.....00, 0 NS98, 8 NR99, 9 → G.47a		QUÃO SATISFEITO O SR. SE SENTE COM SUA COMUNICAÇÃO COM (NOME)? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA</div> MUITO SATISFEITO 1 SATISFEITO 2 NÃO ESTÁ SATISFEITO 3 NS 8 NR 9 → G.47b		AGORA DIGA-ME SE (NOME) LHE OFERECE ALGUM TIPO DE AJUDA. <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">SE SIM, LEIA CADA OPÇÃO E ANOTE ATÉ 3 CÓDIGOS</div> SIM, COM DINHEIRO 1 COM SERVIÇOS COMO TRANSPORTE, AJUDA NAS TAREFAS DE CASA, ETC.. 2 DANDO COISAS QUE PRECISA COMO COMIDA, ROUPAS, ETC... 3 COM COMPANHIA 4 OUTRO 5 NÃO 6 NS 8 NR 9
					VÁ PARA G.50
	VEZES	PERÍODO	SATISFAÇÃO COM A COMUNICAÇÃO		AJUDA RECEBIDA
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
8					
9					
10					

DADOS GERAIS DE OUTROS FAMILIARES E AMIGOS

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.49		G.50		G.51	
	NO TOTAL, COM QUE FREQUÊNCIA?		AGORA DIGA-ME SE O SR. AJUDA (NOME) DE ALGUMA FORMA.		NO TOTAL, COM QUE FREQUÊNCIA?	
	VEZES		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">SE SIM, LEIA CADA OPÇÃO E ANOTE ATÉ 3 CÓDIGOS</div>		VEZES	
	por		SIM,		por	
	PERÍODO:		COM DINHEIRO 1		PERÍODO:	
	SEMANA 1		COM SERVIÇOS COMO		SEMANA 1	
	MÊS 2		TRANSPORTE, AJUDA NAS		MÊS 2	
	ANO 3		TAREFAS DE CASA, ETC. 2		ANO 3	
	MENOS DE UMA VEZ POR		DANDO COISAS QUE PRECISA		MENOS DE UMA VEZ POR	
	ANO.....00, 4		COMO COMIDA, ROUPAS, ETC... 3		ANO.....00, 4	
	NS98, 8		CUIDANDO DAS CRIANÇAS 4		NS98, 8	
	NR99, 9		COM COMPANHIA 5		NR99, 9	
			OUTRO 6			
			NÃO 7			
			NS 8			
			NR 9			
			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">VÁ PARA G.52</div>			
	→ G.49		→ G.50		→ G.51	
	VEZES	PERÍODO	AJUDA DO ENTREVISTADO		VEZES	PERÍODO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA E TRANSFERÊNCIAS

N Ú M E R O D E E R E G I S T R O	G.52	G.53	G.54	
	<p>DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, O SR. RECEBEU ASSISTÊNCIA DE ALGUM TIPO DE INSTITUIÇÃO OU ORGANIZAÇÃO QUE APOIA OS IDOSOS EM SUA COMUNIDADE?</p> <p>ANOTE TODOS OS CÓDIGOS QUE CORRESPONDEN. PONGA UNA SOLA RESPUESTA EN CADA LINEA</p> <p>SIM, SERVIÇO DE BEM ESTAR SOCIAL 1</p> <p>CENTRO DE IDOSOS 2</p> <p>SERVIÇO DE CUIDADOS EM CASA 3</p> <p>IGREJA OU TEMPLO 4</p> <p>OUTRO 5</p> <p>NÃO 6</p> <p>NS..... 8</p> <p>NR 9</p> <p style="text-align: center;">↓ G.52</p>	<p>QUE TIPO DE AJUDA O SR. RECEBE?</p> <p>LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE HASTA TRES CÓDIGOS</p> <p>DINHEIRO 01</p> <p>COMIDA 02</p> <p>ROUPA 03</p> <p>AJUDA NAS TAREFAS DA CASA 04</p> <p>AJUDA COM CUIDADO PESSOAL 05</p> <p>TRANSPORTE 06</p> <p>LAZER/DIVERSÃO 07</p> <p>COMPANHIA 08</p> <p>OUTRO 09</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p> <p style="text-align: center;">→ G.53</p>	<p>NO TOTAL, COM QUE FREQUÊNCIA O SR. RECEBE ESTA AJUDA?</p> <p>VEZES</p> <p>por</p> <p>PERIODO:</p> <p>SEMANA 1</p> <p>MÊS 2</p> <p>ANO 3</p> <p>MENOS DE UMA VEZ AO ANO...00, 4</p> <p>NS98, 8</p> <p>NR99, 9</p> <p style="text-align: center;">→ G.54</p>	
	ASSISTÊNCIA	TIPO DE AJUDA DAS INSTITUIÇÕES	VEZES	PERIODO
1	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _
2	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _
3	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _
4	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _
5	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _
6	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _
7	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _
8	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _
9	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _
10	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _

VÁ PARA G.55

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA E TRANSFERÊNCIAS

N Ú M E R O D E E R E G I S T R O	G.55	G.56	G.57		
		<p>DURANTE O ÚLTIMO ANO, O SR. PRESTOU ALGUM SERVIÇO DE FORMA VOLUNTÁRIA OU GRATUITA PARA ALGUMA ORGANIZAÇÃO DA SUA COMUNIDADE?</p> <p>ANOTE TODOS OS CÓDIGOS QUE CORRESPONDAM. PONHA UMA SÓ RESPOSTA EM CADA LINHA</p> <p>SIM, SERVIÇO DE</p> <p>BEM ESTAR SOCIAL 01</p> <p>CENTRO DE IDOSOS 02</p> <p>CRECHE/CENTRO INFANTIL 03</p> <p>COLÉGIO/ UNIVERSIDADE 04</p> <p>POSTO DE SAÚDE 05</p> <p>IGREJA OU TEMPLO 06</p> <p>HOSPITAL 07</p> <p>OUTRO 08</p> <p>NÃO 09</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p> <p>VÁ PARA SECCIÓN H</p> <p>↓</p> <p>G.55</p>	<p>QUE TIPO DE AJUDA O SR. DÁ ÀS ORGANIZAÇÕES OU ENTIDADES DA SUA COMUNIDADE?</p> <p>ANOTE ATÉ 3 CÓDIGOS</p> <p>DINHEIRO 01</p> <p>COMIDA 02</p> <p>ROUPA 03</p> <p>ADMINISTRAÇÃO DO PROGRAMA 04</p> <p>TRANSPORTE 05</p> <p>AJUDA COM ENSINO 06</p> <p>AJUDA NAS OFICINAS 07</p> <p>OUTRO 08</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p> <p>→</p> <p>G.56</p>	<p>NO TOTAL, COM QUE FREQUÊNCIA O SR. DÁ ESTA AJUDA?</p> <p>VEZES</p> <p>por</p> <p>PERIODO:</p> <p>SEMANA 1</p> <p>MÊS 2</p> <p>ANO 3</p> <p>MENOS DE UMA VEZ AO ANO... 00, 4</p> <p>NS 98, 8</p> <p>NR 99, 9</p> <p>G.57</p>	
	SERVICIO VOLUNTARIO	AJUDADO ENTREVISTADO	VEZES	PERIODO	
1	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _	
2	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _	
3	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _	
4	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _	
5	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _	
6	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _	
7	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _	
8	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _	
9	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _	
10	_ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _	

HORA DE TÉRMINO: |_|_|:|_|_|

SEÇÃO H - HISTÓRIA DE TRABALHO E FONTES DE RECEITA

HORA DE INÍCIO: |_|_|:|_|_|

H.1

Alguma vez, na sua vida, o(a) Sr.(a) teve algum trabalho, pelo qual recebeu um pagamento em dinheiro ou em espécie?

SIM	1	→	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">VÁ PARA H.4</div>
NÃO	2		
NS	8		
NR	9		

H.2

Alguma vez, na sua vida, trabalhou ou ajudou em um estabelecimento familiar, sem receber qualquer tipo de pagamento?

SIM	1	→	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">VÁ PARA H.4</div>
NÃO	2		
NS	8		
NR	9		

H.3

Qual a principal razão pela qual o(a) sr.(a) nunca trabalhou?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

PROBLEMA DE SAÚDE	1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">VÁ PARA H.26</div>
NÃO TINHA NECESSIDADE ECONÔMICA	2	
DEDICOU-SE A CUIDAR DA FAMÍLIA	3	
CASOU-SE MUITO JOVEM	4	
NÃO HAVIA OPORTUNIDADE DE TRABALHO	5	
OS PAIS NÃO DEIXARAM	6	
OUTRO _____	7	
<i>Especifique</i>		
NS	8	
NR	9	

H.4

Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando começou a trabalhar, na primeira vez?

ANOS	_ _
NS	98
NR	99

H.5

Na semana passada, o(a) Sr.(a)...(LEIA TODAS AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA)

LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA

TRABALHOU?	01	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">VÁ PARA H.9</div>
TINHA TRABALHO POREM NÃO TRABALHOU?	02	
AJUDOU EM NEGÓCIO FAMILIAR, COM OU SEM PAGAMENTO?	03	
PROCUROU TRABALHO?	04	
DEDICOU-SE AOS AFAZERES DOMÉSTICOS?	05	
APOSENTADO OU PENSIONISTA?	06	
ESTÁ INCAPACITADO TEMPORARIAMENTE PARA O TRABALHO?	07	
ESTÁ INCAPACITADO PERMANENTEMENTE PARA O TRABALHO?	08	
NÃO TRABALHOU?	09	
NS	98	
NR	99	

SEÇÃO H - HISTÓRIA DE TRABALHO E FONTES DE RECEITA

H.6

Além desta atividade, (condição em H.5), na semana passada o(a) Sr.(a)...

LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA

VENDEU ALGUM PRODUTO?	01	} VÁ PARA H.9
FEZ ALGUNS PRODUTOS PARA VENDER?	02	
LAVOU, PASSOU, COZINHOU, CONSERTOU ELETRODOMÉSTICOS OU REALIZOU QUALQUER TAREFA EM TROCA DE PAGAMENTO?	03	
AJUDOU ALGUÉM EM ALGUMA ATIVIDADE DE PLANTIO OU CRIAÇÃO DE ANIMAIS?	04	
(NÃO LER) NÃO REALIZOU NENHUMA DESTAS ATIVIDADES?	05	
NS	98	
NR	99	

H.7

Com que idade deixou de trabalhar?

ANOS	_ _ _	
NS		998
NR		999

H.8

Qual a principal razão pela qual o(a) Sr.(a) não trabalha atualmente?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

NÃO CONSEGUE TRABALHO	1
PROBLEMAS DE SAÚDE	2
APOSENTADO POR IDADE	3
FOI COLOCADO À DISPOSIÇÃO	4
A FAMÍLIA NÃO QUER QUE TRABALHE	5
OUTRO _____	6
<i>Especifique</i>	
NS	8
NR	9

H.9

Agora, vou me referir ao seu trabalho atual ou ao último que o(a) Sr(a) teve.

Qual é o nome da ocupação ou ofício que o(a) Sr.(a) desempenhou no seu trabalho principal, na semana passada (ou a última vez que trabalhou)?

Textual _____	_ _	

NS		98
NR		99

H.10

Quais foram as atividades ou tarefas mais importantes que o(a) Sr.(a) desenvolveu no seu trabalho principal, na semana passada (ou a última vez que trabalhou)?

Textual _____	_ _	

NS		98
NR		99

SEÇÃO H - HISTÓRIA DE TRABALHO E FONTES DE RECEITA

H.11

A que se dedica ou dedicava o estabelecimento onde o(a) Sr.(a) trabalha ou trabalhou?

ESTABELECIMENTO: NEGÓCIO, ESCRITÓRIO, FÁBRICA, EMPRESA, INSTITUIÇÃO OU COMPANHIA

Textual _____ | | | |

NS 98

NR 99

H.12

Com relação ao seu trabalho principal, o Sr.(a) é ou era...?

LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA

OPERÁRIO OU EMPREGADO NÃO AGROPECUÁRIO? 01

DIARISTA RURAL OU PEÃO DO CAMPO? 02

PATRÃO, EMPREGADOR OU PROPRIETÁRIO (COM 1 A 5 EMPREGADOS)? 03

PATRÃO, EMPREGADOR OU PROPRIETÁRIO (COM 6 OU MAIS EMPREGADOS)? 04

TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA? 05

TRABALHADOR FAMILIAR, SEM PAGAMENTO? 06

TRABALHADOR NÃO FAMILIAR, SEM PAGAMENTO? 07

TRABALHADOR POR EMPREITADA? 08

OUTRO _____ *Especifique* 09

NS 98

NR 99

H.13

Quantas horas o(a) Sr.(a) dedica ou dedicava ao seu trabalho principal ou atividade?

POR DIA: 1 | | | |

POR SEMANA 2 | | | |

POR MÊS 3 | | | | |

NS 998

NR 999

H.14a

Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) trabalhou, na semana passada, em sua ocupação principal (ou na última vez que trabalhou)?

DIAS | |

NS 8

NR 9

H.14b

Quantas semanas por ano trabalhou (no seu trabalho principal) nos 12 meses (ou a última vez que trabalhou)?

SEMANAS | | | |

NS 98

NR 99

SEÇÃO H - HISTÓRIA DE TRABALHO E FONTES DE RECEITA

<p>H.15</p> <p>A ocupação ou ofício que o(a) sr(a) desempenha (ou a última que desempenhou) é a que realizou durante a maior parte da sua vida adulta?</p>	<table> <tr> <td>SIM</td> <td>1</td> <td>→</td> <td rowspan="2">VÁ PARA H.18</td> </tr> <tr> <td>NÃO</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TRABALHOUCOUCOTEMPO</td> <td>3</td> <td>→</td> <td rowspan="3">VÁ PARA H.21</td> </tr> <tr> <td>NS</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NR</td> <td>9</td> <td></td> </tr> </table>	SIM	1	→	VÁ PARA H.18	NÃO	2		TRABALHOUCOUCOTEMPO	3	→	VÁ PARA H.21	NS	8		NR	9	
SIM	1	→	VÁ PARA H.18															
NÃO	2																	
TRABALHOUCOUCOTEMPO	3	→	VÁ PARA H.21															
NS	8																	
NR	9																	
<p>H.16</p> <p>Qual a ocupação que desempenhou a maior parte da sua vida?</p>	<p>Textual _____ </p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>																	
<p>H.16a</p> <p>Quais foram as atividades ou tarefas mais importantes que desempenhou no emprego em que trabalhou a maior parte da sua vida?</p>	<p>Textual _____ </p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>																	
<p>H.16b</p> <p>A que se dedica (ou dedicava) o estabelecimento no qual trabalhou a maior parte de sua vida?</p>	<p>Textual _____ </p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>																	
<p>H.17</p> <p>Por que mudou de ocupação?</p>	<p>Textual _____ </p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>																	
<p>H.18</p> <p>Quantos anos o(a) Sr.(a) dedica ou dedicou a esta ocupação?</p>	<p>ANOS </p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>																	
<p>H.19</p> <p>Alguma vez um médico ou enfermeira lhe disse que o(a) Sr(a) tinha ou tem um problema de saúde provocado pelas condições desta ocupação?</p>	<table> <tr> <td>SIM</td> <td>1</td> <td rowspan="4">} VÁ PARA H.21</td> </tr> <tr> <td>NÃO</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NS</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NR</td> <td>9</td> </tr> </table>	SIM	1	} VÁ PARA H.21	NÃO	2	NS	8	NR	9								
SIM	1	} VÁ PARA H.21																
NÃO	2																	
NS	8																	
NR	9																	
<p>H.20</p> <p>Que tipo de problema é este?</p>	<p>Textual _____ </p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>																	

SEÇÃO H - HISTÓRIA DE TRABALHO E FONTES DE RECEITA

H.21 **FILTRO**

TRABALHO ATUAL
(VERIFIQUE AS PERGUNTAS H.5 E H.6)

TRABALHA ATUALMENTE 1
NÃO TRABALHA ATUALMENTE 2 →

VÁ
PARA H.26

H.22

Qual é a principal razão pela qual o(a) Sr.(a) trabalha?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

NECESSITADO GANHO 1
QUERA AJUDAR A FAMÍLIA 2
QUER MANTER-SE OCUPADO 3
NECESSIDADE DE SENTIR-SE ÚTIL, PRODUTIVO 4
GOSTO DO MEU TRABALHO 5
OUTRO 6
(Especifique)
NS 8
NR 9

H.23

Em seu trabalho, o SR. recebe algum destes benefícios?

LEIA TODAS AS OPÇÕES E ASSINALE
TODAS AS AFIRMATIVAS

BONUS 01
PARTICIPAÇÃO NOS LUCROS 02
APOSENTADORIA OU PENSÃO 03
SERVIÇOS MÉDICOS PRIVADOS 04
AUXÍLIO PARA ALIMENTAÇÃO 05
GRATIFICAÇÃO DE NATAL (13º SALÁRIO) 06
OUTRO 07
(Especifique)
NENHUM 08
NS 98
NR 99

H.24

Neste trabalho, como pagam o Sr.?

LEIA TODAS AS OPÇÕES E ASSINALE
AS MENCIONADAS
ESPONTANEAMENTE

SALÁRIO FIXO (MENSAL OU QUINZENAL) 01
POR HORA OU POR DIA 02
POR EMPREITADA 03
POR COMISSÃO OU PORCENTAGEM 04
POR HONORÁRIOS 05
POR GORJETAS 06
EM ESPÉCIE 07
POR LUCROS 08
OUTRO? 09
Especifique
NÃO LHE PAGAM 10 →
NS 98
NR 99

VÁ
PARA H.26

SEÇÃO H - HISTÓRIA DE TRABALHO E FONTES DE RECEITA

H.25

No total, quanto o SR. ganha por este e outros trabalhos que realiza e com que frequência?

ESCOLHA A ALTERNATIVA QUE MAIS SE AJUSTAR

PORDIA 1 | | | | | | | | | |
 PORSEMANA 2 | | | | | | | | | |
 PORQUINZENA 3 | | | | | | | | | |
 PORMÊS 4 | | | | | | | | | |
 PORANO 5 | | | | | | | | | |
 NS 98
 NR 99

H.26	H.27a QUANTIA	H.27b FREQUÊNCIA
<p>O(a) Sr.(a) recebe receita por...</p> <p>LEIA TODAS AS OPÇÕES E ASSINALE AS AFIRMATIVAS</p> <p>aposentadoria ou pensão? 1</p> <p>ajuda de familiares que estão em outro país? 2</p> <p>ajuda de familiares que estão no país? 3</p> <p>aluguel (renda) ou aplicações bancárias? 4</p> <p>ajuda do bem estar social? 5</p> <p>outro? _____ 6 (Especifique)</p> <p>nada 7</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>	<p>Quanto o(a) Sr.(a) recebe por....(benefícios em H.26)</p> <p>PARA CADA RESPOSTA AFIRMATIVA EM H.26, PERGUNTE H.27A E H.27B</p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p>NS 999998</p> <p>NR 999999</p>	<p>¿ Con qué FREQUÊNCIA recibe usted (BENEFICIO en H.26)?</p> <p>Por semana..... 1</p> <p>Por mes..... 2</p> <p>Por quinzena..... 3</p> <p>por ano..... 4</p> <p>Vezes Período</p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>

H.27c FILTRO

Recebe alguma receita.

(Ver perguntas H.23, H.24 e H.26.)

SIM 1

NÃO 2 →

VÁ PARA H.29a

H.28

Quantas pessoas dependem dos seus ganhos?

INCLUA O ENTREVISTADO NO TOTAL DE PESSOAS QUE DEPENDEM DESTES INGRESSOS

SÓ O ENTREVISTADO 01

NÚMERO DE PESSOAS | | | |

NS 98

NR 99

Agora, vou mencionar algumas despesas da vida diária e gostaria que me dissesse se é o Sr quem paga ou alguém mais o ajuda.	O SR. PAGA		ALGUÉM MAIS	NÃO FAZ	NR
	Sim, todo	Sim, em parte			
H.29a Casa (luz, gás, telefone, água, aluguel, etc.)	1	2	3	4	9
H.29b Comida	1	2	3	4	9
H.29c Roupa	1	2	3	4	9
H.29d Gastos médicos (remédios, consultas, etc.)	1	2	3	4	9
H.29e Passeios ou transporte	1	2	3	4	9
H.29f Outros _____ <i>Especifique</i> _____ _____	1	2	3	4	9

H.30

Considera que o Sr. (e sua companheira) tem dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária?

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

HORA DE TÉRMINO: |__| | : |__| |

SEÇÃO J - CARACTERÍSTICAS DA MORADIA

HORA DE INÍCIO: |_|_|:|_|_|

J.1

Agora, quero fazer algumas perguntas sobre a sua casa.

Esta casa é?

LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA

- CASA? 1
APARTAMENTO? 2
BARRACO OU TRAILER? 3
ABRIGO? 4
OUTRO? 5
Especifique
NR 9

J.2

Esta casa é:

LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA

- PRÓPRIA E QUITADA, EM TERRENO PRÓPRIO? 1
AINDA ESTÁ PAGANDO? 2
PRÓPRIA, EM TERRENO QUE NÃO É PRÓPRIO? 3
ARRENDADA OU ALUGADA? 4
EMPRESTADA? 5
OUTRO? 6
Especifique
NS 8
NR 9

J.3

A sua casa tem luz elétrica?

- SIM 1
NÃO 2

J.4

Os moradores desta casa dispõem de água encanada?

LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA

- DENTRO DA CASA? 1
FORA DA CASA, MAS NO TERRENO? 2
FONTE PÚBLICA? 3
NÃO DISPÕEM DE ÁGUA ENCANADA? 4
NR 9

J.5a

Esta casa tem algum sistema de drenagem do esgoto?

- SIM 1
NÃO 2
NR 9

VÁ PARA J.6

J.5b

Está conectado a rede pública, fossa séptica ou poço?

- CONECTADO A REDE PÚBLICA DE ESGOTO 1
CONECTADO A FOSSA SÉPTICA OU POÇO 2
ESCOAMENTO A CÉU ABERTO, RIO OU LAGO 3
NS 8
NR 9

SECCIÓN J. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

<p>J.6</p> <p>De que material é a maior parte do piso desta casa?</p>	<p>TERRA 1</p> <p>CIMENTO OU LADRILHOS 2</p> <p>MADEIRA, TACO, CARPETE OU OUTRO REVESTIMENTO ... 3</p> <p>NR 9</p>
<p>J.7</p> <p>No total, quantos quartos tem esta casa, sem contar banheiro, cozinha e corredores?</p>	<p>NÚMERO DE QUARTOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>J.8</p> <p>Esta casa tem um cômodo para cozinhar?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NR 9</p>
<p>J.9</p> <p>Que tipo de combustível é utilizado para cozinhar?</p> <p style="text-align: center;">LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA</p>	<p>GÁS NATURAL ENCANADO 1</p> <p>GÁS DE BOTIJÃO 2</p> <p>ELETRICIDADE 3</p> <p>QUEROSENE OU PARAFINA 4</p> <p>CARVÃO OU LENHA 5</p> <p>OUTRO 6</p> <p>NR 9</p>
<p>J.10</p> <p>Esta casa tem banheiro?</p>	<p>SIM, DENTRO DE CASA 1</p> <p>SIM, FORA DA CASA MAS NO MESMO TERRENO 2</p> <p>NÃO TEM 3</p> <p>NR 9</p> <p style="text-align: right;">VÁ PARA J.12</p>
<p>J.11</p> <p>O banheiro tem água encanada?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NR 3</p>
<p>J.12</p> <p>Alguém desta casa possui...</p> <p style="text-align: center;">LEA CADA OPCIÓN Y CIRCULE TODAS LAS QUE SEAN AFIRMATIVAS</p>	<p>BICICLETA? 1</p> <p>MOTOCICLETA OU MOTONETA? 2</p> <p>AUTOMÓVEL? 3</p> <p>OUTRO VEÍCULO? 4</p> <p>NENHUM VEÍCULO 5</p> <p>NR 9</p>

SECCIÓN J. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

J.13

Nesta casa tem

LEIA AS OPÇÕES E ANOTE TODAS
AS AFIRMATIVAS

Geladeira?	01
Máquina de lavar?	02
Aquecedor de água?	03
Forno microondas?	04
Televisão?	05
Telefone?	06
Vídeo-cassete?	07
Radio, aparelho de som (modular ou tocador de CD)?	08
Aquecimento central (calefação)??	09
Ar Condicionado?	10
Ventilador?	11
Nenhum	12
NR	99

HORA DE TÉRMINO: |_|_|:|_|_|

SEÇÃO K. ANTROPOMETRIA

HORA DE INÍCIO: |_|_|:|_|_|

ANOTE O APROPRIADO PARA A EXTREMIDADE CORRESPONDENTE

	SIM	NÃO
PARA O BRAÇO ESQUERDO		
K.1a TEM TODOS OS DEDOS?	1 VÁ PARA K.2a	2
K.1b TEM A MÃO?	1 VÁ PARA K.1e	2
K.1c TEM O ANTEBRAÇO?	1 VÁ PARA K.1e	2
K.1d TEM O BRAÇO?	1	2
K.1e TEM ALGUM TIPO DE PRÓTESE?	1	2
PARA O BRAÇO DIREITO		
K.2a TEM TODOS OS DEDOS?	1 VÁ PARA K.3a	2
K.2b TEM A MÃO?	1 VÁ PARA K.2e	2
K.2c TEM O ANTEBRAÇO?	1 VÁ PARA K.2e	2
K.2d TEM O BRAÇO?	1	2
K.2e TEM ALGUM TIPO DE PRÓTESE?	1	2
PARA A PERNA ESQUERDA		
K.3a TEM TODOS OS DEDOS?	1 VÁ PARA K.4a	2
K.3b TEM O PÉ?	1 VÁ PARA K.3e	2
K.3c TEM A PERNA?	1 VÁ PARA K.3e	2
K.3d TEM A COXA?	1	2
K.3e TEM ALGUM TIPO DE PRÓTESE?	1	2
PARA A PERNA DIREITA		
K.4a TEM TODOS OS DEDOS?	1 VÁ PARA K.5	2
K.4b TEM O PÉ?	1 VÁ PARA K.4e	2
K.4c TEM A PERNA?	1 VÁ PARA K.4e	2
K.4d TEM A COXA?	1	2
K.4e TEM ALGUM TIPO DE PRÓTESE?	1	2

SEÇÃO K. ANTROPOMETRIA

TOMAR TRÊS MEDIDAS PARA TODAS AS PERGUNTAS ABAIXO

<p>K.5 Precisamos medir sua altura e para isso, queremos que o(a) Sr(a) fique descalço(a). Coloque-se de pé, com pés e calcanhares juntos e com suas costas e cabeça encostadas na parede. Olhe bem para a frente.</p>	<p>ALTURA cm NÃO CONSEGUE PARAR DE PÉ 999</p>
<p>K.6 MEDIDA DA ALTURA DOS JOELHOS</p>	<p>ALTURA cm</p>
<p>K.7 CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO</p>	<p>CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO cm</p>
<p>K.8 CINTURA</p>	<p>CINTURA cm NÃO CONSEGUE PARAR DE PÉ 999</p>
<p>K.9 QUADRIL</p>	<p>QUADRIL cm NÃO CONSEGUE PARAR DE PÉ 999</p>
<p>K.10 PREGA TRICIPITAL</p>	<p>PREGA TRICIPITAL cm</p>
<p>K.11 PESO</p>	<p>PESO kg NÃO CONSEGUE PARAR DE PÉ 999</p>
<p>K.12 CIRCUNFERÊNCIA DE PANTURRILHA</p>	<p>CIRCUNFERÊNCIA DE PANTURRILHA cm</p>
<p>K.13 CIRCUNFERÊNCIA DO PULSO</p>	<p>CIRCUNFERÊNCIA DO PULSO cm</p>

SEÇÃO K. ANTROPOMETRIA

K.14

O(a) Sr.(a) teve alguma cirurgia no braço ou na mão que usa regularmente, nos últimos três meses?

SIM 1 →
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA A SEÇÃO L

K.15

Agora vou usar um instrumento que se chama **DINAMÔMETRO** para testar a força da sua mão. Este teste somente pode ser feito se o Sr. **NÃO** sofreu nenhuma cirurgia no braço ou na mão, nos últimos três meses.

Use o braço que acha que tem mais força. Coloque o cotovelo sobre a mesa e estique o braço com a palma da mão para cima. Pegue as duas peças de metal juntas assim (faça a demonstração). Preciso ajustar o aparelho para o seu tamanho?

Agora, aperte bem forte. Tão forte quanto puder. As duas peças de metal não vão se mover, mas eu poderei ver qual a intensidade da força que o Sr. está usando. Vou fazer este teste 2 vezes. Avise-me se sentir alguma dor ou incômodo.

ANOTE A MÃO USADA NO TESTE:

1. DIREITA

2. ESQUERDA

PRIMEIRA VEZ:

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95

NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96

ENTREVISTADO INCAPACITADO 97

RECUSOU-SE A TENTAR 98

COMPLETOU O TESTE:

|_|_|_|_| kg

SEGUNDA VEZ:

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95

NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96

ENTREVISTADO INCAPACITADO 97

RECUSOU-SE A TENTAR 98

COMPLETOU O TESTE:

|_|_|_|_| kg

HORA DE TÉRMINO: |_|_| : |_|_|

SEÇÃO L. MOBILIDADE E FLEXIBILIDADE

HORA DE INÍCIO: |__|_|:|__|_|

PARA CONTINUARMOS PRECISO REALIZAR ALGUNS TESTES PARA MEDIR SUA MOBILIDADE E FLEXIBILIDADE. PRIMEIRO VOU-LHE MOSTRAR COMO FAZER CADA MOVIMENTO E, EM SEGUIDA, GOSTARIA QUE O SR TENTASSE REPETIR OS MEUS MOVIMENTOS. SE ACHAR QUE NÃO TEM CONDIÇÕES DE FAZÊ-LO OU ACHA ARRISCADO, DIGA-ME E PASSAREMOS A OUTRO TESTE.

L.1 FILTRO

Incapacitado para realizar qualquer teste de flexibilidade e mobilidade.

SIM 1 →

NÃO 2

ENCERRE A ENTREVISTA

L.1a

Quero que o Sr. fique em pé, com os pés juntos, mantendo os olhos abertos. Por favor, mantenha essa posição até eu avisar (dez segundos). Pode usar os braços, dobrar os joelhos ou mexer com o corpo, para se equilibrar; porém, tente não mexer os pés.

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95

NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96

RECUSOU-SE A TENTAR 98

VÁ PARA L.4

REALIZOU O TESTE EM:

segundos |__|_|

L.2

Agora, quero que o Sr. tente ficar em pé, com o calcanhar de um dos pés na frente do outro pé, por uns dez segundos. O Sr. pode usar qualquer pé, aquele que lhe dê mais segurança. Pode usar os braços, dobrar os joelhos ou mexer o corpo para se equilibrar; porém, tente não mexer os pés. Por favor, mantenha essa posição até eu avisar (dez segundos).

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95

NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96

RECUSOU-SE A TENTAR 98

VÁ PARA L.4

REALIZOU O TESTE EM:

segundos |__|_|

L.3

Ficando de pé, gostaria que o Sr tentasse se equilibrar em uma pé só, sem se apoiar em nada. Tente primeiro com qualquer um dos pés, depois tentaremos com o outro.

Eu contarei o tempo e vou lhe dizer quando começar e terminar (dez segundos). Podemos parar a qualquer momento que o(a) Sr(a) sinta que está perdendo o equilíbrio.

PÉ DIREITO

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95

NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96

RECUSOU-SE A TENTAR 98

REALIZOU O TESTE EM:

Segundos |__|_|

PÉ ESQUERDO

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95

NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96

RECUSOU-SE A TENTAR 98

REALIZOU O TESTE EM:

Segundos |__|_|

SEÇÃO L. MOBILIDADE E FLEXIBILIDADE

L.4

O Sr. se sente confiante para tentar levantar-se, rapidamente, da cadeira, cinco vezes seguidas?

L.5

Agora, quero que o Sr. tente levantar e sentar de uma cadeira, cinco vezes seguidas.

L.6

O Sr. se sente confiante para tentar levantar-se da cadeira, com os braços cruzados cinco vezes seguidas?

L.7

Agora, mantendo os braços cruzados sobre o peito, quero que o(a) Sr(a) se levante da cadeira, o mais rapidamente possível, cinco vezes sem fazer nenhuma pausa. Cada vez que o Sr. conseguir ficar em pé, sente-se de novo e, levante-se novamente (60 segundos).

L.8

Nas últimas seis semanas, o Sr. sofreu uma cirurgia de catarata ou uma intervenção na retina?

L.9

Para este próximo teste, o Sr. terá que se agachar e apanhar um lápis do chão. Este é um movimento que vai fazer somente se NÃO sofreu uma cirurgia de catarata nas últimas seis semanas.

Começando, fique em pé, agache-se, apanhe este lápis, e fique novamente em pé.

COLOQUE O LÁPIS NO CHÃO, NA FRENTE DO ENTREVISTADO E AVISE-O QUANDO COMEÇAR. SE O ENTREVISTADO NÃO CONSEGUIR EM MENOS DE 30 SEGUNDOS, NÃO O DEIXE CONTINUAR.

SIM 1

NÃO 2 →

VÁ PARA L.8

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95

NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96

RECUSOU-SE A TENTAR 98

COMPLETOU O TESTE EM:

segundos |__| |__|

VÁ PARA L.8

SIM 1

NÃO 2 →

VÁ PARA L.8

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95

NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96

RECUSOU-SE A TENTAR 98

COMPLETOU O TESTE EM:

segundos |__| |__|

Anote a altura do assento da cadeira

cm |__| |__|

SIM 1 →

NÃO 2

NS 8

NR 9

ENCERRE A ENTREVISTA

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95

NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96

RECUSOU-SE A TENTAR 98

COMPLETOU O TESTE EM:

segundos |__| |__|

HORA DE TÉRMINO: |__| : |__|

PERGUNTAS E COMENTÁRIOS FINAIS

1. Observou situação de violência, abandono ou maus tratos de algum integrante da casa com relação ao entrevistado?
2. Descreva a situação:
3. Teve dificuldades para completar o questionário individual?
4. De que tipo?
5. Ocorreu alguma situação especial que tenha dificultado seu trabalho durante a entrevista?
6. Descreva a situação:

SIM 1
NÃO 2 → **VÁ PARA 3**

Textual _____

SIM 1
NÃO 2 → **VÁ PARA 5**

Textual _____

SIM 1
NÃO 2 → **VÁ PARA 7**

Textual _____

PERGUNTAS E COMENTÁRIOS FINAIS

7. Mais alguém esteve presente durante a entrevista (além do informante ou substituto)?

SIM 1
NÃO 2 →

VÁ PARA
9

8. Que relação tinham com a pessoa entrevistada e que tipo de participação tiveram durante a entrevista?

Textual _____

9. Houve recusa e oposição da pessoa entrevistada durante o desenvolvimento da entrevista?

SIM 1
NÃO 2 →

VÁ PARA
11

10. Em que parte ou seção da entrevista?

Textual _____

11. Em que horário e dia da semana considera que é mais fácil encontrar a pessoa entrevistada, caso seja necessário um novo contato.

Textual _____

