



UNICAMP

**Inquérito de Saúde do
Município de Campinas**

ISACAMP 2008



Centro Colaborador em Análise
de Situação de Saúde

Relação dos moradores do domicílio sorteado

Bloco A

A 01. Número do domicílio: |_|_|_|_|_|_|_|_|

A02. Setor: |_|_|_|_|_|

A 03. Endereço:

A 04. Telefone do domicílio:

Observação: Obter e-mail e celular para contato posterior com a(s) pessoa(s) sorteada(s).

visita	data	hora	nome do entrevistador	observações	resultado da visita	
1ª	/					1. arrolamento realizado. Tem domínio
2ª	/					2. arrolamento realizado. Não tem domínio
3ª	/					3. número inexistente
4ª	/					4. domicílio fechado/vago
						5. não consegui localizar um morador
						6. morador recusou fazer o arrolamento
						7. outro: _____

A 05. N°. de visitas realizadas para obter ou tentar obter o arrolamento : |_|

A 06. Resultado da visita: |_|

A 07. Código do entrevistador: |_|_|

A 08. Data da realização do arrolamento (ou recusa/desistência): |_|_|/|_|_| (dia e mês)

Observações:

	conferido	digitado
nome		
data		

A 09. Tipo de domicílio: 1. particular 2. coletivo

A 10. Número de famílias no domicílio: |_|_|

A 11. Quadro de moradores no domicílio:

	Nº	Nome	Relação com o responsável pela família	Sexo (F, M)	Idade (anos)	Sorteio (X)	nº de ordem dos sorteados	Trabalha (S, N)
A 11a	1		Responsável 1					
A 11b	2							
A 11c	3							
A 11d	4							
A 11e	5							
A 11f	6							
A 11g	7							
A 11h	8							
A 11i	9							
A 11j	10							
A 11k	11							
A 11l	12							
A 11m	13							
A 11n	14							
A 11o	15							

Relação com o responsável pela família:

2. cônjuge
3. filho ou enteado
4. outro parente
5. agregado
6. pensionista
7. empregado doméstico
9. outro

Observação: Quando houver mais de uma família no domicílio, comece arrolando no mesmo quadro com **Responsável 2.**



**Inquérito de Saúde do
Município de Campinas**

ISACAMP 2008



FOLHA DE CONTROLE

Bloco B

B 01. Número do questionário: |_|_|_|_|_|_|_|_|

B 02. Setor: |_|_|_|_|_|

End.:		Nº:	Compl.:
Tel.:	Cel.:	e-mail:	
Nome do selecionado:			

B 03. Número do domicílio: |_|_|_|_|_|_|_|_|

B 04. Número da Família: |_|_|

B 05. Número de ordem do entrevistado: |_|_| / |_|_|

B 06. Data de nascimento: |_|_|_| / |_|_|_| / |_|_|_|_|_|

B 07. Sexo: 1. masculino 2. feminino

visita	data	hora	nome do entrevistador	observações	resultado da visita
1ª	/				
2ª	/				
3ª	/				
4ª	/				

1. Realizada 2. Adiada 3. Morador ausente 4. Recusa total 5. Recusa parcial 6. Outro: _____

B 08. Nº. de visitas realizadas: |_|_|

B 09. Resultado final das visitas: |_|_|

B 10. Horário da entrevista: Início: |_|_| : |_|_| Término: |_|_| : |_|_|

B 11. Duração da entrevista: |_|_|_| minutos

B 12. Código do entrevistador: |_|_|_|

B 13. Data da realização da entrevista: |_|_|_| / |_|_|_| (dia e mês)

B 14. Quem respondeu o questionário: 1. o próprio

2. outro

Observações:

	conferido	codificado	digitado
nome			
data			

MORBIDADE BLOCO C

C 01. Você teve algum problema de saúde nas últimas 2 semanas?

1. sim 2. não → **passa para C 07**
9. NS/NR

C 02. Qual foi o principal problema de saúde que você teve nas últimas 2 semanas?

C 03. Nas últimas 2 semanas, você deixou de realizar alguma de suas atividades habituais (afazeres domésticos, trabalhar, ir à escola etc.) por problema de saúde?

1. sim → **C 04.** Quantos dias? |__|__| dias
2. não → **passa para C 07**

9. NS/NR

C 05. Nas últimas 2 semanas você esteve acamado?

1. sim → **C 06.** Quantos dias? |__|__| dias
2. não 9. NS/NR

Alguns médicos ou outros profissionais de saúde já disseram que você tem alguma das seguintes doenças? (Se sim) Esta doença limita ou não limita as suas atividades do dia-a-dia?

	a. Diagnóstico			b. Limita		
	Sim	Não	NS	Sim	Não	NS
C 07. Hipertensão (pressão alta) → se sim, preencha o bloco C1	1	2	9	1	2	9
C 08. Diabetes → se sim, preencha o bloco C2	1	2	9	1	2	9
C 09. Doença do coração: __ __ __	1	2	9	1	2	9
C 10. Tumor / câncer: __ __ __	1	2	9	1	2	9
C 11. Reumatismo / artrite / artrose	1	2	9	1	2	9
C 12. Osteoporose	1	2	9	1	2	9
C 13. Asma / bronquite / enfisema	1	2	9	1	2	9
C 14. Tendinite / LER / DORT	1	2	9	1	2	9
C 15. Problemas de circulação (varizes, AVC): __ __ __	1	2	9	1	2	9
C 16. Outro: __ __ __	1	2	9	1	2	9

Você tem algum dos seguintes problemas de saúde e/ou deficiência? (Se sim) Este problema limita ou não limita as suas atividades do dia-a-dia?

	a. Problema		b. Limita	
	Sim	Não	Sim	Não
C 17. Dor de cabeça freqüente / enxaqueca	1	2	1	2
C 18. Dor nas costas / problema na coluna	1	2	1	2
C 19. Alergia: __ __ __	1	2	1	2
C 20. Problema emocional (ansiedade / tristeza) → se sim, preencha o bloco C3	1	2	1	2
C 21. Tontura / vertigem	1	2	1	2
C 22. Insônia	1	2	1	2
C 23. Problema urinário: __ __ __	1	2	1	2
C 24. Defic. física: c. tipo: 1.paralisia _____ 2.perda _____	1	2	1	2
C 25. Defic. auditiva c. tipo: 1.deficiência 2.surdez um 3.surdez dois ouvidos	1	2	1	2
C 26. Deficiência visual c. tipo: 1.deficiência 2.cegueira um 3. cegueira dois olhos	1	2	1	2
C 27. Outros:	1	2	1	2

VOCÊ UTILIZA ALGUM DESSES APARELHOS?	Sim	Não	NS/NR
C28. Óculos e/ou lentes de contato	1	2	9
C29. Aparelho auditivo	1	2	9
C30. Prótese dentária (dentadura)	1	2	9
C31. Bengala, muleta ou andador (só perguntar se houver dúvida)	1	2	9
C32. Cadeira de rodas (só perguntar se houver dúvida)	1	2	9

HIPERTENSÃO**bloco C1**

C1 01. Há quanto tempo foi feito o diagnóstico de hipertensão/pressão alta?

|_|_| anos

99. NS/NR

C1 02. O que você faz para “controlar” a hipertensão? (+1)

1. dieta sem sal
2. regime para perder/manter peso
3. atividade física
4. toma medicação de rotina
5. toma medicação quando tem “problema” com a pressão
6. não faz nada
7. outro: _____

9. NS/NR

C1 03. Você visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão?

1. não
2. não, só quando tem problema
3. sim → **passe para C1 05**

9. NS/NR

C1 04. Por que você não visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão? (+1)

1. dificuldades financeiras
2. dificuldades de acesso ao serviço
3. não acha necessário
4. não tem tempo
5. não sabe quem procurar/onde ir
6. outros: _____

9. NS/NR

C1 05. Quando foi a última vez que você foi ao médico/serviço de saúde por causa da hipertensão?

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

C1 06. Você participa ou já participou no serviço de saúde de algum grupo sobre controle de hipertensão/pressão arterial?

1. não
2. sim
9. NS/NR

C1 07. Você tem recebido orientações do serviço de saúde ou de seu médico de como cuidar da hipertensão?

1. não
2. sim
9. NS/NR

C1 08. Na sua opinião, o que deve ser feito para “controlar” a hipertensão? (+1)

1. dieta sem sal
2. regime para perder/ manter peso
3. atividade física
4. tomar medicação de rotina
5. tomar medicação quando tem “problema” com a pressão
6. não fazer nada
7. outro: _____
9. NS/NR

Se o entrevistado referiu:

diabetes → **bloco C2**

problema emocional → **bloco C3**

demais → **bloco D**

DIABETES**bloco C2**

C2 01. Há quanto tempo foi feito o diagnóstico de diabetes?

|_|_| anos

99. NS/NR

C2 02. O que você faz para “controlar” o diabetes? (+1)

01. dieta alimentar

02. regime para perder/manter peso

03. atividade física

04. toma insulina de rotina

05. toma insulina quando tem problema

06. toma medicamento oral de rotina

07. toma medicamento oral quando tem problema

08. não faz nada

09. outro: _____

99. NS/NR

C2 03. Você visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes?

1. não

2. não, só quando tem problema

3. sim → **passe para C2 05**

9. NS/NR

C2 04. Por que você não visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes? (+1)

1. dificuldades financeiras

2. dificuldades de acesso ao serviço de saúde

3. não acha necessário

4. não tem tempo

5. não sabe quem procurar/onde ir

6. outro: _____

9. NS/NR

C2 05. Quando foi a última vez que você foi ao médico/serviço de saúde por causa do diabetes?

1. no último mês

2. de 1 mês a 6 meses

3. mais de 6 meses a 1 ano

4. mais de 1 ano a 5 anos

5. mais de 5 anos

9. NS/NR

C2 06. Você participa ou já participou de algum grupo de diabetes?

1. não

2. sim

9. NS/NR

C2 07. Algum médico já lhe disse que você tem alguma “complicação” por causa do diabetes? Qual? (+1)

1. não

2. sim, problema de vista

3. sim, problema nos rins

4. sim, problema circulatório

5. outra: _____

9. NS/NR

C2 08. Você tem recebido orientações do serviço de saúde ou de seu médico de como cuidar do diabetes?

1. não

2. sim

9. NS/NR

C2 09. Na sua opinião, o que deve ser feito para “controlar” o diabetes? (+1)

01. dieta alimentar

02. regime para perder/ manter peso

03. atividade física

04. tomar insulina de rotina

05. tomar insulina quando tiver problema

06. tomar medicamento oral de rotina

07. tomar medicamento oral quando tiver problema

08. não fazer nada

09. outro: _____

99. NS/NR

problema emocional → **bloco C3**

demais → **bloco D**

PROBLEMA EMOCIONAL

bloco C3

C3 01. Que tipo de problema emocional/saúde mental você tem?

_____ | | | | | |

C3 02. Há quanto tempo você tem esse problema?

| | | | anos 99. NS/NR

C3 03. Você procurou atendimento de saúde para este problema nos últimos 12 meses?

1. sim → **passa para C3 05**

2. não

9. NS/NR

C3 04. Por que não procurou? (+1)

1. dificuldades financeiras

2. preconceito/vergonha

3. não achou necessário

4. não tem tempo

5. não sabe quem procurar/ onde ir

6. outro: _____

9. NS/NR

→ **passa para C3 12**

C3 05. Você recebeu atendimento?

1. sim → **passa para C3 07**

2. não

9. NS/NR

C3 06. Por que não foi atendido? (+1)

1. não tinha médico ou o profissional necessário no serviço

2. não tive mais tempo

3. não tinha vaga

4. outro: _____

9. NS/NR

C3 07. Quais os serviços de saúde que você utilizou nos últimos 12 meses para o atendimento desse problema? (+1)

1. unidade básica de saúde

2. CAPS: _____

3. consultório médico

4. pronto socorro/emergência

5. hospital

6. outro: _____

9. NS/NR

C3 08. Que tipo de tratamento você tem feito? (+1)

1. psicoterapia

2. toma medicação de rotina

3. toma medicação quando tem "problema"

4. não faz nada

5. outro: _____

9. NS/NR

C3 09. Você paga diretamente pelo atendimento recebido?

1. sim, integralmente → **passa para C3 11**

2. sim, parcialmente

3. não

9. NS/NR

C3 10. Quem cobre os gastos deste atendimento?

1. SUS

2. convênio empresa: _____

3. plano individual de saúde: _____

4. outro: _____

9. NS/NR

C3 11. Você está satisfeito com o atendimento recebido?

1. muito insatisfeito

2. insatisfeito

3. regular

4. satisfeito

5. muito satisfeito

9. NS/NR

C3 12. O que você acha que os serviços de saúde poderiam oferecer para auxiliar no tratamento/controle desse tipo de problema? (+1)

1. fornecer psicoterapia

2. fornecer tratamentos alternativos

3. fornecer a medicação necessária

4. facilitar consultas com profissional especializado

5. outro: _____

9. NS/NR

ACIDENTES E VIOLÊNCIAS**BLOCO D****ACIDENTES**

Vamos agora falar sobre acidentes que você pode ter sofrido. Podem ser acidentes de trânsito, quedas, queimaduras acontecidas em casa, no trabalho, etc.

D 01. Você sofreu algum tipo de acidente nos últimos 12 meses?

1. não → **passe para D 11**
2. sim → **D 02.** Quantos acidentes? |_|_|
9. NS/NR

D 03. Como aconteceu o principal acidente que você sofreu nos últimos 12 meses?

_____ |_|_|_|_|

D 04. Quais as principais lesões ou conseqüências físicas/emocionais que esse acidente provocou?

_____ |_|_|_|_|

_____ |_|_|_|_|

_____ |_|_|_|_|

D 05. Em que local o acidente ocorreu?

1. no domicílio
2. no trabalho
3. na rua
4. na escola
5. no clube, em praça de esporte, academia
6. outros: _____
9. NS/NR

D 06. Esse acidente limitou as suas atividades habituais?

1. não → **passe para D 10**
2. sim → **D 07.** Durante quantos dias? |_|_|

D 08. Precisou ficar acamado?

1. não
2. sim → **D 09.** Por quantos dias? |_|_|

D 10. Você recebeu assistência médica por causa do acidente?

1. não
2. sim

VIOLÊNCIAS

Vamos agora falar sobre algum tipo de violência ou de agressão que você possa ter sofrido.

D 11. Você foi vítima de algum tipo de violência como assalto, agressão física ou outra forma de violência nos últimos 12 meses?

1. não → **passe para bloco E**
2. sim → **D 12.** Quantos eventos? |_|_|
9. NS/NR

D 13. Como aconteceu a principal violência que você sofreu nos últimos 12 meses?

_____ |_|_|_|_|

D 14. Quais as principais lesões ou conseqüências físicas/emocionais que essa violência provocou?

_____ |_|_|_|_|

_____ |_|_|_|_|

_____ |_|_|_|_|

D 15. Em que local a violência ocorreu?

1. no domicílio
2. no trabalho
3. na rua
4. na escola
5. no clube, em praça de esporte, academia
6. outro: _____
9. NS/NR

D 16. Essa violência limitou as suas atividades habituais?

1. não → **passe para D 20**
2. sim → **D 17.** Durante quantos dias? |_|_|

D 18. Precisou ficar acamado?

1. não
2. sim → **D 19.** Por quantos dias? |_|_|

D 20. Você recebeu alguma assistência médica por causa dessa violência?

1. não
2. sim

SAÚDE EMOCIONAL

(Para pessoas com 15 anos ou mais)

Bloco E

Agora vamos falar sobre como você vem se sentindo nos últimos 30 dias, se tem sentido tristeza, nervosismo e outros sentimentos...

Farei uma série de perguntas sobre problemas e dores que podem ter incomodado você nestes 30 dias. Você responderá apenas sim ou não, dando a resposta que mais se aproximar da sua realidade. Caso tenha algum comentário, por favor aguarde e faça-o no final após eu concluir. Volto a lembrar que todos esses dados são confidenciais.

Você teve algum destes problemas, nos últimos 30 dias?	Não	Sim
E 01. Tem dores de cabeça freqüentes?	1	2
E 02. Tem falta de apetite?	1	2
E 03. Dorme mal?	1	2
E 04. Assusta-se com facilidade?	1	2
E 05. Tem tremores nas mãos?	1	2
E 06. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	1	2
E 07. Tem má digestão?	1	2
E 08. Tem dificuldade de pensar com clareza?	1	2
E 09. Tem se sentido triste ultimamente?	1	2
E 10. Tem chorado mais do que de costume?	1	2
E 11. Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1	2
E 12. Tem dificuldades para tomar decisões?	1	2
E 13. Tem dificuldades no serviço, seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento? (estudante → escola; dona de casa, aposentado → tarefas diárias)	1	2
E 14. Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida?	1	2
E 15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	1	2
E 16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1	2
E 17. Tem tido a idéia de acabar com a vida?	1	2
E 18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1	2
E 19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	1	2
E 20. Você se cansa com facilidade?	1	2

Algumas vezes as pessoas passam por muitos problemas e sofrimentos e pensam em por fim às suas vidas.

E 21. Alguma vez você já pensou seriamente em por fim sua vida?

1. não → **passe para o próximo bloco**
2. sim 9. NS/NR

E 22. Alguma vez na vida, você já traçou um plano para cometer suicídio?

1. não 2. sim 9. NS/NR

E 23. Alguma vez na vida você tentou suicídio?

1. não 2. sim 9. NS/NR

Vou repetir as mesmas perguntas, agora em relação aos últimos 12 meses:

E 24. O pensamento de por fim a sua vida, lhe ocorreu alguma vez nos últimos 12 meses?

1. não → **passe para o próximo bloco**
2. sim 9. NS/NR

E 25. Você fez algum plano sobre isso nos últimos 12 meses?

1. não 2. sim 9. NS/NR

E 26. Nos últimos 12 meses você tentou suicídio?

1. não 2. sim 9. NS/NR

QUALIDADE DE VIDA



BLOCO F

F 01. Em geral, você diria que sua saúde é:

1. excelente 2. muito boa 3. boa 4. ruim 5. muito ruim

PARA TODAS AS PESSOAS COM 18 ANOS OU MAIS

F 02. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral agora?

1. muito melhor 2. um pouco melhor 3. quase a mesma 4. um pouco pior 5. muito pior

F 03. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

	Sim dificulta		Não dificulta de modo algum
	muito	um pouco	
F 03a. Atividades vigorosas que exigem muito esforço, tais como: correr, levantar objetos pesados, esportes árduos.	1	2	3 →passe para F04
F 03b. Atividades moderadas, tais como: mover uma mesa, passar aspirador de pó, varrer a casa	1	2	3
F 03c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
F 03d. Subir vários lances de escada	1	2	3 →passe para F03f
F 03e. Subir um lance de escada	1	2	3
F 03f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
F 03g. Andar mais que um quilômetro	1	2	3 →passe para F04
F 03h. Andar vários quarteirões (vários 100 metros)	1	2	3
F 03i. Andar um quarteirão (100 metros)	1	2	3
F 03j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

F 04. Por quanto tempo, durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de **sua saúde física**?

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pequena parte do tempo	Nunca
F 04a. Diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2	3	4	5
F 04b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	3	4	5
F 04c. Esteve limitado no tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2	3	4	5
F 04d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, necessitou de um esforço extra)?	1	2	3	4	5

F 05. Por quanto tempo, durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum **problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pequena parte do tempo	Nunca
F 05a. Diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2	3	4	5
F 05b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	3	4	5
F 05c. Fez seu trabalho ou qualquer das atividades com menos cuidado do que geralmente faz?	1	2	3	4	5

F 06. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas **atividades sociais** normais, em relação à família, vizinhos amigos ou em grupo?

1. de forma nenhuma 2. ligeiramente 3. moderadamente 4. bastante 5. extremamente

F 07. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

1. nenhuma 2. muito leve 3. leve 4. moderada 5. grave 6. muito grave

F 08. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo o trabalho fora e dentro de casa)?

1. de maneira nenhuma 2. um pouco 3. moderadamente 4. bastante 5. extremamente

F 09. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Por quanto tempo, durante as últimas 4 semanas:

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pequena parte do tempo	Nunca
F 09a. Você tem se sentido cheio de vida?	1	2	4	5	6
F 09b. Você tem se sentido muito nervoso?	1	2	4	5	6
F 09c. (Você tem se sentido) tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	4	5	6
F 09d. (Você tem se sentido) calmo ou tranqüilo?	1	2	4	5	6
F 09e. (Você tem se sentido) com muita energia?	1	2	4	5	6
F 09f. (Você tem se sentido) desanimado e deprimido?	1	2	4	5	6
F 09g. (Você tem se sentido) esgotado?	1	2	4	5	6
F 09h. (Você tem se sentido) feliz?	1	2	4	5	6
F 09i. (Você tem se sentido) cansado?	1	2	4	5	6

F 10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a saúde física ou seus problemas emocionais interferiram com as suas **atividades sociais** (como visitar amigos, parentes etc)?

1. todo o tempo 2. a maior parte do tempo 3. alguma parte do tempo 4. uma pequena parte do tempo 5. nenhuma parte do tempo

F 11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações ara o(a) sr(a)?

	Totalmente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Totalmente falso
F 11a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
F 11b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
F 11c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
F 11d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

USO DE SERVIÇOS BLOCO G

G 01. Nas duas últimas semanas, você procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua saúde?

1. sim
2. não → **passa para G 10**
- 9.NS/NR

G 02. Qual foi o motivo principal pelo qual você procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?

1.doença: _____
|_|_|_|_|_|

2. lesão

a.Tipo de lesão: _____
|_|_|_|_|_|

b. Causa da lesão: _____
|_|_|_|_|_|

3. problema odontológico

4. outro motivo: _____

G 03. Onde você procurou o primeiro atendimento de saúde para esse problema nas duas últimas semanas?

1.unidade básica de saúde: _____

2. consultório

3. ambulatório

4. pronto socorro/emergência: _____

5. hospital: _____

6. atendimento domiciliar: _____

7. outro: _____

9. NS/NR

G 04. Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, você foi atendido (a)?

1. sim
2. não → **passa para G 09**

G 05. Você pagou diretamente pelo atendimento recebido?

1. sim, integralmente → **passa para G 07**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

G 06. Quem cobriu os gastos deste atendimento?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual de saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

G 07. Neste atendimento foi pedido ou realizado:

	Sim	Não	NS/NR
07a. Exame laboratorial	1	2	9
07b. Exame radiológico (tomografia, ultra-som)	1	2	9
07c. Exame gráfico (eletro-cardiograma, eletroencefalograma)	1	2	9
07d. Encaminhamento para outro serviço ou especialista	1	2	9
07e. Outro procedimento:	1	2	9

G 08. O que você achou do atendimento recebido?

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

→ **passa para G 10**

G 09. Por que você não foi atendido no serviço que procurou?

1. não conseguiu vaga/senha
2. não tinha médico atendendo
3. não tinha o profissional/serviço que precisava
4. o equipamento/serviço não estava funcionando
5. não podia pagar
6. esperou muito e desistiu
7. outro: _____
9. NS/NR

HOSPITALIZAÇÕES E CIRURGIAS

G 10. Você foi internado(a)/hospitalizado(a) nos últimos 12 meses?

1. sim
2. não → **passo para G 15**
9. NS/NR

G 11. Quantas vezes?

|_|_| hospitalizações 99. NS/NR

G 12. Qual foi o principal motivo da última hospitalização?

_____ |_|_|_|_|

G 13. Você pagou diretamente por esta hospitalização?

1. sim, integralmente → **passo para G 15**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

G 14. Quem cobriu os gastos com essa hospitalização?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual de saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

G 15. Você passou por alguma cirurgia na sua vida?

1. sim
2. não → **passo para G 22**
9. NS/NR

G 16. Por quantas cirurgias você passou na vida (incluindo cesáreas, plásticas, etc)?

|_|_| cirurgias 99. NS/NR

G 17. Quais foram as principais cirurgias pelas quais você passou na sua vida ?

_____ |_|_|_|_|

_____ |_|_|_|_|

_____ |_|_|_|_|

G 18. Você passou por alguma cirurgia nos últimos 12 meses ?

1. sim **G 18a.** Quantas? |_|_|_|
2. não → **passo para G 22**
9. NS/NR

G 19. Qual foi a última cirurgia pela qual você passou nos últimos 12 meses?

_____ |_|_|_|_|

G 20. Você pagou diretamente por essa cirurgia?

1. sim, integralmente → **passo para G 22**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

G 21. Quem cobriu os gastos dessa cirurgia?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual de saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

CONSULTAS ODONTOLÓGICAS

G 22. Você consultou o dentista nos últimos 12 meses?

1. sim
2. não → **passo para G 26**
9. NS/NR

G 23. Qual o motivo da procura? ⁽⁺¹⁾

1. problemas dentários
2. problemas com gengivas
3. problemas com próteses
4. exame odontológico periódico ou prevenção
5. visita ortodôntica (aparelho)
6. outro: _____
9. NS/NR

G 24. Você pagou diretamente pelo atendimento recebido?

1. sim, integralmente → **passo para G 27**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

G 25. Quem cobriu os gastos?

1. SUS
 2. convênio empresa: _____
 3. plano individual de saúde: _____
 4. outro: _____
 9. NS/NR
- **passo para G 27**

G 26. Por que você não consultou um dentista nos últimos 12 meses?

1. dificuldade financeira
2. dificuldade de ser atendido
3. não achou necessário
4. não teve tempo
5. outro: _____
9. NR

PLANOS DE SAÚDE

G 27. Você tem direito a algum plano odontológico? Se sim, qual?

1. sim: _____
2. não
- 9.NS/NR

G 28. Você tem direito a algum plano médico de saúde? Se sim, qual?

1. sim: _____
2. não → **passe para G 31**
- 9.NS/NR

G 29. Você já precisou de algum atendimento que o seu plano médico não cobriu?

1. sim
2. não
- 9.NS/NR

G 30. Você está satisfeito com o serviço prestado pelo seu plano médico? Quanto?

1. muito satisfeito
2. satisfeito
3. nem satisfeito, nem insatisfeito
4. insatisfeito
5. muito insatisfeito
9. NS/NR

CONHECIMENTO E USO: SUS/ PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

G 31. Você tem algum conhecimento sobre o que é o SUS, o Sistema Único de Saúde do Brasil?

1. sim
2. não → **passe para G 34**
9. NS/NR

G 32. Você já usou algum serviço do SUS?

1. sim
2. não → **passe para G 34**
9. NS/NR

G 33. Qual foi o último serviço que você utilizou no SUS?

1. consulta
2. hospitalização
3. vacina
4. medicamento
5. outro: _____

G 34. Qual a avaliação que você faz do Serviço Público de Saúde do município de Campinas? Você o considera:

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

G 35. Você sabe (já ouviu falar sobre) o que é o PSF, o Programa de Saúde da Família?

1. sim
2. não → **encerre o bloco**
9. NS/NR

G 36. Você já recebeu alguma visita do agente comunitário de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF)?

1. sim
2. não
9. NS/NR

G 37. Você utiliza o Programa de Saúde da Família (PSF)?

1. sim
2. não
9. NS/NR

G 38. O que você acha do Programa de Saúde da Família (PSF)?

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

G 39. Você concorda com a afirmativa: "O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma iniciativa que ajudará a resolver os problemas de saúde da população". (L)

1. concordo plenamente
2. concordo parcialmente
3. não concordo e nem discordo
4. discordo parcialmente
5. discordo plenamente
9. NS/NR

PRÁTICAS PREVENTIVAS BLOCO H

**Este bloco é aplicado
em mulheres com → 20 anos ou mais
em homens com → 40 anos ou mais**

**Vamos conversar agora sobre alguns
exames de prevenção para o câncer**

PARA TODAS AS MULHERES COM 20 ANOS OU MAIS

H 01. O exame de Papanicolaou é usado nos programas de prevenção de câncer de colo de útero. Quando foi que você fez o último exame de papanicolaou?

1. nunca fez
 2. há menos de 1 ano
 3. de 1 a 1,99 anos
 4. de 2 a 3 anos
 5. mais de 3 anos
 9. NS/NR
- } → **passa para H 03**

H 02. Qual o principal motivo para que você nunca tenha feito este exame ou que o tenha feito há mais de 3 anos?

01. não era necessário/sou saudável
02. não conhecia o exame/não sabia de sua finalidade ou importância
03. não fui orientada para fazer o exame/o médico não pediu
04. tive dificuldade para marcar consulta
05. problemas com a distância/transporte/dificuldades financeiras
06. é muito embaraçoso/desconfortável/vergonhoso
07. nunca tive relações sexuais
08. nunca fui ao ginecologista
09. não precisei ir ao ginecologista nos últimos 3 anos
10. outro motivo: _____
99. NS/NR

H 03. Qual o principal motivo que levou você a procurar o serviço de saúde/ginecologista e fazer esse último exame da Papanicolaou?

1. como exame de rotina, sem queixas ou sintomas
2. para checar/examinar algum problema de saúde
3. fui incentivada por campanha de saúde/matéria veiculada na mídia
4. por orientação de algum outro profissional de saúde
5. outro motivo: _____
9. NS/NR

H 04. O resultado deste exame foi:

1. normal
2. anormal/com alteração
3. não sabe
9. NR

H 05. Em que serviço de saúde fez o exame?

1. unidade básica de saúde: _____
2. consultório
3. ambulatório: _____
4. hospital _____
5. outro: _____
9. NS/NR

H 06. Você pagou diretamente pelo serviço?

1. sim, integralmente → **passa para H 08**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

H 07. Quem cobriu os gastos deste exame?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual da saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

→ Mulheres com menos de 40 anos encerre o bloco

PARA TODAS AS MULHERES COM 40 ANOS OU MAIS

H 08. O exame clínico das mamas é um exame feito por médico ou enfermeira para detectar a presença de nódulos/caroços nos seios. Quando você fez o último exame clínico das mamas?

1. nunca fez → **passa para H 12**
2. há menos de 1 ano
3. de 1 a 1,99 anos
4. de 2 a 3 anos
5. mais de 3 anos
9. NS/NR

H 09. Em que serviço de saúde fez o exame?

1. unidade básica de saúde: _____
2. consultório
3. ambulatório: _____
4. hospital _____
5. outro: _____
9. NS/NR

H 10. Você pagou diretamente pelo atendimento recebido?

1. sim, integralmente → **passa para H 12**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

H 11. Quem cobriu os gastos deste exame?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual da saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

H 12. Você faz palpação de seus seios procurando nódulos/caroços? Com que frequência?

1. não faz
2. faz mensalmente
3. faz de forma esporádica
9. NR

H 13. Você recebeu orientação de algum médico ou profissional de saúde sobre a necessidade de palpação das mamas?

1. não 2. sim 9. NS/NR

H 14. Quem ensinou você a fazer o auto exame das mamas?

1. ninguém
2. médico
3. enfermeira
4. outro: _____
9. NS/NR

H 15. A mamografia é um raio X dos seios, que é utilizada nos programas de prevenção de câncer de mama. Quando foi a última vez que você fez este exame?

1. nunca fez
2. há menos de 1 ano
3. de 1 a 1,99 anos } → **passa para H 17**
4. de 2 a 3 anos
5. mais de 3 anos
9. NS/NR

H 16. Qual o principal motivo para que você nunca tenha feito a mamografia ou para não ter realizado nos últimos 2 anos?

1. não era necessário/ sou saudável
2. não conhecia o exame/ não sabia de sua finalidade ou importância
3. tive dificuldade para marcar consulta
4. o convênio médico não cobre esse exame
5. é desconfortável
6. nenhum médico indicou/pediu a realização
7. outro: _____
9. NS/NR

→ **Quem nunca fez, encerre o bloco**

H 17. Qual o principal motivo que levou você a procurar o ginecologista e fazer o último exame de mamografia?

1. como exame de rotina, sem queixas ou sintomas
2. para checar/examinar algum problema de saúde nas mamas
3. fui incentivada por campanha de saúde/matéria veiculada na mídia
4. por orientação de algum outro profissional de saúde
5. outro motivo: _____
9. NS/NR

H 18. O resultado desse exame foi:

1. normal
2. anormal
3. não sabe
9. NR

H 19. Em que serviço de saúde o exame foi solicitado?

1. unidade básica de saúde: _____
2. consultório
3. ambulatório: _____
4. hospital _____
5. outro: _____
9. NS/NR

H 20. Você pagou diretamente pela mamografia?

1. sim, integralmente → **encerre o bloco**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

H 21. Quem cobriu os gastos desse exame?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual da saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

PARA TODOS OS HOMENS COM 40 ANOS OU MAIS

Existem alguns exames que são utilizados nos programas de prevenção de câncer de próstata, como PSA (exame de sangue) e toque retal.

H 22. Quando você fez o último PSA?

1. nunca fiz esse exame
2. há menos de 1 ano → **passa para H 24**
3. de 1 a 1,99 anos
4. de 2 a 3 anos
5. mais de 3 anos
9. NS/NR

H 23. Qual o principal motivo para você nunca ter feito um exame de PSA ou para que não o tenha feito no último ano?

1. não era necessário/ sou saudável
2. não conhecia o exame/ não sabia de sua finalidade ou importância
3. teve dificuldade para marcar consulta
4. problemas com a distância/ transporte/ dificuldades financeiras
5. o convênio médico não cobre este exame
6. nenhum médico indicou/pediu a realização
7. outro: _____
9. NS/NR

→ **Quem nunca fez passa para H29**

H 24. Qual o principal motivo que levou você a fazer esse último exame de PSA?

1. como exame de rotina, sem queixas ou sintomas
2. para checar/examinar algum problema de saúde
3. fui incentivado por campanha de saúde/matéria veiculada na mídia
4. por orientação de profissional de saúde
5. outro: _____
9. NS/NR

H 25. O resultado desse exame foi:

1. normal
2. anormal
3. não sabe
9. NR

H 26. Em que serviço de saúde fez o exame?

1. unidade básica de saúde: _____
2. consultório
3. ambulatório: _____
4. hospital _____
5. outro: _____
9. NS/NR

H 27. Você pagou diretamente pelo exame?

1. sim, integralmente → **passa para H 29**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

H 28. Quem cobriu os gastos desse exame?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual da saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

H 29. Um outro exame utilizado para prevenção do câncer de próstata é o toque retal. Quando foi a última vez que fez esse exame?

1. nunca fez esse exame
2. há menos de 1 ano → **passa para H 31**
3. de 1 a 1,99 anos
4. de 2 a 3 anos
5. mais de 3 anos
9. NS/NR

H 30. Qual o principal motivo para você nunca ter feito um exame de toque retal ou para que não o tenha feito no último ano?

1. não era necessário/ sou saudável
2. não conhecia o exame/ não sabia de sua finalidade ou importância
3. tive dificuldade para marcar consulta
4. problemas com a distância/ transporte/ dificuldades financeiras
5. o convênio médico não cobre este exame
6. é um exame desconfortável/embaraçoso
7. nenhum médico indicou a realização
8. outro: _____
9. NS/NR

→ **Quem nunca fez encerre o bloco**

H 31. Qual o principal motivo que levou você a fazer o último exame de toque retal?

1. como exame de rotina, sem queixas ou sintomas
2. para checar/examinar algum problema de saúde
3. fui incentivado por campanha de saúde/matéria veiculada na mídia
4. por orientação de algum profissional de saúde
5. outro: _____
9. NS/NR

H 32. O resultado deste exame foi:

1. normal
2. anormal
3. não sabe
9. NR

H 33. Em que serviço de saúde fez o exame?

1. unidade básica de saúde: _____
2. consultório
3. ambulatório: _____
4. hospital _____
5. outro: _____
9. NS/NR

H 34. Você pagou diretamente pelo atendimento recebido?

1. sim, integralmente → **encerre o bloco**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

H 35. Quem cobriu os gastos desse exame?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual da saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

IMUNIZAÇÃO **BLOCO I**

Este bloco é aplicado em pessoas com:
Todos → 10 a 19 anos
Todos → 60 anos ou mais
Mulheres → 10- 49 anos

Vamos conversar agora sobre algumas vacinas que você pode ter tomado. Se você tiver o seu cartão de vacinas, seria bom que pudesse pegá-lo.

PARA TODAS AS PESSOAS DE 10 A 19 ANOS

I 01. Você tomou alguma vez vacina contra hepatite B?

1. não
2. sim → **passar para I 03**
9. NS → **passar para I 07**

I 02. Por que não tomou vacina contra hepatite B?

1. não acho necessário
 2. pode causar reação
 3. não recebi orientação
 4. dificuldade em conseguir a vacina
 5. outro: _____
 9. NS/NR
- **passar para I 07**

I 03. Quantas doses você tomou?

1. três doses → **passar para I 05**
2. menos de três doses
9. NS/NR

I 04. Por que não completou o esquema de três doses?

1. não achei necessário
2. esqueci de retornar
3. por causa da reação da dose anterior
4. não fui orientado/não sabia sobre a necessidade de 3 doses
5. outro: _____
9. NS/NR

I 05. O serviço onde você foi vacinado(a) era público ou privado?

1. público → **passar para I 07**
2. privado
9. NS/NR

I 06. Por que utilizou serviço privado?

1. falta de vacina no posto de saúde
2. prefiro serviço particular
3. tem horário de atendimento mais flexível
4. outro: _____
9. NS/NR

I 07. Você foi orientado(a) por algum profissional de saúde sobre a importância de tomar a vacina contra hepatite B?

1. não
2. sim
9. não me lembro/NS

(para o entrevistador marcar a resposta)

I 08. A informação foi obtida do cartão de vacina?

1. não
2. sim

→ **se homem adolescente encerre o bloco**

PARA TODAS AS MULHERES DE 10 A 49 ANOS

I 09. Você tomou vacina contra rubéola em algum momento da sua vida?

1. não
2. sim → **passar para I 11**
9. NS → **passar para I 13**

I 10. Por que não tomou vacina contra rubéola?

1. não acho necessário
 2. pode causar reação
 3. não recebi orientação
 4. dificuldade de conseguir a vacina
 5. outro: _____
 9. NS/NR
- **passar para I 13**

I 11. O serviço onde você foi vacinada era público ou privado?

1. público → **passar para I 13**
2. privado
9. NS/NR

I 12. Por que utilizou serviço privado?

1. falta de vacina no posto de saúde
2. prefiro serviço particular
3. tem horário de atendimento mais flexível
4. outro: _____
9. NS/NR

I 13. Você foi orientada por algum profissional de saúde sobre a importância de tomar a vacina contra rubéola?

1. não
2. sim
3. não lembro/NS

(para o entrevistador marcar a resposta)

I 14. A informação foi obtida do cartão de vacina?

1. não
2. sim

PARA TODAS AS PESSOAS COM 60 ANOS OU MAIS

I 15. Você recebeu vacina contra gripe nos últimos 12 meses?

1. não
2. sim → **passa para I 17**
9. NS → **passa para I 19**

I 16. Por que não tomou vacina contra gripe?

1. não acho necessário
 2. pode causar reação
 3. não recebi orientação
 4. dificuldade de acesso ao serviço de saúde
 5. outro: _____
 9. NS/NR
- **passa para I 19**

I 17. O serviço onde você foi vacinado(a) era público ou privado?

1. público → **passa para I 19**
2. privado
9. NS/NR

I 18. Por que utilizou serviço privado?

1. falta de vacina no posto de saúde
2. prefiro serviço particular
3. tem horário de atendimento mais flexível
4. outro: _____
9. NS/NR

I 19. Você foi orientado(a) por algum profissional de saúde sobre a importância de tomar a vacina contra gripe/influenza?

1. não
2. sim
9. não lembro/NS

I 20. Você recebeu vacina contra pneumonia nos últimos 5 anos?

1. não
2. sim → **passa para I 22**
9. NS/NR → **passa para I 24**

I 21. Por que não recebeu vacina contra pneumonia?

1. não acho necessário
 2. pode causar reação
 3. não recebi orientação
 4. dificuldade de conseguir a vacina
 5. outro: _____
 9. NS/NR
- **passa para I 24**

I 22. O serviço onde você foi vacinado(a) era público ou privado?

1. público → **passa para I 24**
2. privado
9. NS/NR

I 23. Por que utilizou serviço privado?

1. falta de vacina no posto de saúde
2. prefiro serviço particular
3. tem horário de atendimento mais flexível
4. outro: _____
9. NS/NR

I 24. Você foi orientado(a) por algum profissional de saúde sobre a importância de tomar a vacina contra pneumonia?

1. não
2. sim
9. não lembro/NS

I 25. Quando foi a última vez que você tomou vacina contra o tétano?

1. há menos de 5 anos
2. entre 5 e 10 anos
3. há mais de 10 anos
4. nunca tomei essa vacina
9. NS/não lembro

I 26. Você foi orientado(a) por algum profissional de saúde sobre a importância de tomar a vacina contra o tétano?

1. não
2. sim
9. não lembro/NS

(para o entrevistador marcar a resposta)

I 27. A informação foi obtida do cartão de vacina?

	sim	não
a. para gripe	1	2
b. para pneumonia	1	2
c. para tétano	1	2

J 05c. Você pagou pelo remédio?

1. não
2. sim, parcialmente
3. sim, integralmente → **passa para J06 ou J09**
9. NS/NR

J 05d. Quem cobriu os gastos?

1. SUS – centro de saúde
2. SUS – outro local: _____
3. programa farmácia popular
4. convênio empresa: _____
5. plano individual de saúde: _____
6. já tinha o medicamento
7. outro: _____
9. NS/NR

MEDICAMENTO 4

J 06. Nome do medicamento:

|_|_|_|_|_|_|_|_|

9. NS/NR

J 06a. Qual foi o principal problema de saúde que o levou a tomar esse medicamento?

|_|_|_|_|

8. NS

9. NR

J 06b. Para este problema de saúde, quem indicou esse medicamento para você?

1. médico ou dentista
2. farmacêutico/ balconista de farmácia
3. por conta própria
4. parente, amigo ou vizinho
5. outro: _____
9. NS/NR

J 06c. Você pagou pelo remédio?

1. não
2. sim, parcialmente
3. sim, integralmente → **passa para J 07 ou J 09**
9. NS/NR

J 06d. Quem cobriu os gastos?

1. SUS – centro de saúde
2. SUS – outro local: _____
3. programa farmácia popular
4. convênio empresa: _____
5. plano individual de saúde: _____
6. já tinha o medicamento
7. outro: _____
9. NS/NR

MEDICAMENTO 5

J 07. Nome do medicamento:

|_|_|_|_|_|_|_|_|

9. NS/NR

J 07a. Qual foi o principal problema de saúde que o levou a tomar esse medicamento?

|_|_|_|_|

8. NS

9. NR

J 07b. Para este problema de saúde, quem indicou esse medicamento para você?

1. médico ou dentista
2. farmacêutico/ balconista de farmácia
3. por conta própria
4. parente, amigo ou vizinho
5. outro: _____
9. NS/NR

J 07c. Você pagou pelo remédio?

1. não
2. sim, parcialmente
3. sim, integralmente → **passa para J 08 ou J 09**
9. NS/NR

J 07d. Quem cobriu os gastos?

1. SUS – centro de saúde
2. SUS – outro local: _____
3. programa farmácia popular
4. convênio empresa: _____
5. plano individual de saúde: _____
6. já tinha o medicamento
7. outro: _____
9. NS/NR

MEDICAMENTO 6

J 08. Nome do medicamento:

|_|_|_|_|_|_|_|_|

9. NS/NR

J 08a. Qual foi o principal problema de saúde que o levou a tomar esse medicamento?

|_|_|_|_|

8. NS

9. NR

J 08b. Para este problema de saúde, quem indicou esse medicamento para você?

1. médico ou dentista
2. farmacêutico/ balconista de farmácia
3. por conta própria
4. parente, amigo ou vizinho
5. outro: _____
9. NS/NR

J 08c. Você pagou pelo remédio?

1. não
2. sim, parcialmente
3. sim, integralmente → **passa para J 09 ou J 09**
9. NS/NR

J 08d. Quem cobriu os gastos?

1. SUS – centro de saúde
2. SUS – outro local: _____
3. programa farmácia popular
4. convênio empresa: _____
5. plano individual de saúde: _____
6. já tinha o medicamento
7. outro: _____
9. NS/NR

J 09. Quando você precisa utilizar medicamento, você utiliza medicamentos genéricos?

1. sim
2. não
9. NS/NR

J 10. Em sua opinião, existem vantagens em utilizar medicamentos genéricos? Quais? (+1)

1. não existem vantagens
2. sim, porque são mais baratos
3. sim, porque o número de opções aumenta
4. sim, porque é mais fácil de encontrar
5. outros, especif.: _____
9. NS/NR

J 11. Em sua opinião, existem desvantagens em utilizar medicamentos genéricos? Quais? (+1)

1. não existem desvantagens
2. sim, porque são difíceis de encontrar
3. sim, porque não são bons como os de marca
4. outros, especif.: _____

9. NS/NR

J 12. Você conhece o Programa Farmácia Popular?

1. não → **passa para J 16**
2. sim
9. NS/NR

J 13. Qual Programa da Farmácia Popular você conhece?

1. Programa Farmácia Popular nas drogaria e farmácias privadas
2. Farmácia Popular do Brasil do Governo Federal
3. não sabia que havia mais de um
9. NS/NR

J 14 . Você utiliza os medicamentos desse Programa?

1. não
2. sim
9. NS/NR

J 15. O que você acha dos medicamentos do Programa Farmácia Popular? (+1)

1. não existem vantagens
2. não são bons como os de marca
3. são mais baratos
4. número de opções aumenta
5. outros, especif.: _____
9. NS/NR

J 16. Teve algum medicamento que você deveria ter utilizado por indicação médica em algum dos últimos 15 dias e que você não utilizou porque não pode comprar/obter?

1. sim → **J 17 .** Quantos? []
2. não → **encerre o bloco**
9. NS/NR

J 18. Quais foram os medicamentos e por que não obteve?

	Nome do medicamento	Código	Motivo
1		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
3		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
4		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

Código do motivo: **1.** não tinha no sistema público, **2.** não tinha recurso, **3.** o plano não cobria, **4.** não encontrei nas farmácias, **5.** outro, especificar **9.** NS/NR

COMPORTAMENTOS RELACIONADOS A SAÚDE

BLOCO K

ATIVIDADE FÍSICA

As questões que se seguem estão relacionadas ao tempo que você utiliza fazendo atividade física em uma semana **NORMAL, USUAL** ou **HABITUAL**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim.

Para responder as questões, lembre-se que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

K 01a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

1. não → **passa para seção 2**
2. sim
9. NS/NR

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você faz em uma semana **USUAL** ou **NORMAL** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos**:

K 01b. Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho**:

dias/**SEMANA**
 nenhum → **passa para K 01d**

K 01c. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho**?

horas minutos

K 01d. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho**?

dias/**SEMANA**
 nenhum → **passa para K 01f**

K 01e. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho**?

horas minutos

K 01f. Em quantos dias de uma semana normal você **anda**, durante **pelo menos 10 minutos contínuos**, **como parte do seu trabalho**? Por favor, **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

dias/**SEMANA**
 nenhum → **passa para seção 2**

K 01g. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando **como parte do seu trabalho**?

horas minutos

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

K 02a. Em quantos dias de uma semana normal você anda de carro, ônibus, metrô ou trem?

dias/**SEMANA**
 nenhum → **passa para K 02c**

K 02b. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA andando de carro, ônibus, metrô ou trem**?

horas minutos

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

K 02c. Em quantos dias de uma semana normal você anda de bicicleta por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? **NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício.

dias/**SEMANA**
 nenhum → **passa para K 02e**

K 02d. Nos dias que você pedala, quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?

horas minutos

K 02e. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? **NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício.

dias/**SEMANA**
 nenhum → **passa para seção 3**

K 02f. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** você gasta? **NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício.

|_|_| horas |_|_| minutos

SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA

Esta parte inclui as atividades físicas que você faz em uma semana **NORMAL** na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente, pense **somente** naquelas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

K 03a. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão?

|_| dias/**SEMANA**
|_| nenhum → **passa para K 03c**

K 03b. Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas **no quintal ou jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

|_|_| horas |_|_| minutos

K 03c. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar **o jardim ou quintal**?

|_| dias/**SEMANA**
|_| nenhum → **passa para K 03e**

K 03d. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**?

|_|_| horas |_|_| minutos

K 03e. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**?

|_| dias/**SEMANA**
|_| nenhum → **passa para seção 4**

K 03f. Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

|_|_| horas |_|_| minutos

SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Esta seção se refere às atividades físicas que você faz em uma semana **NORMAL** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente, pense somente nas atividades físicas que faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

K 04a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias de uma semana normal, você caminha **por pelo menos 10 minutos contínuos** no seu tempo livre?

|_| dias/**SEMANA**
|_| nenhum → **passa para K 04c**

K 04b. Nos dias em que você caminha **no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

|_|_| horas |_|_| minutos

K 04c. Em quantos dias de uma semana normal, você faz atividades **vigorosas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer exercícios aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer jogging:

|_| dias/**SEMANA**
|_| nenhum → **passa para K 04e**

K 04d. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

|_|_| horas |_|_| minutos

K 04e. Em quantos dias de uma semana normal, você faz atividades **moderadas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis:

|_| dias/**SEMANA**
|_| nenhum → **passa para seção 5**

K 04f. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas **no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

|_|_| horas |_|_| minutos

SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

K 05a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

|_|_| horas |_|_| minutos

K 05b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

|_|_| horas |_|_| minutos

K 06. Quanto tempo, em média, você passa nessas atividades em dia de semana e em dia de final de semana?

	Dia de semana	NS/NR	Final de semana	NS/NR
K 06a. Dormindo	_ _ h _ _ min	99	_ _ h _ _ min	99
K 06b. Assistindo TV	_ _ h _ _ min	99	_ _ h _ _ min	99
K 06c. Trabalhando	_ _ h _ _ min	99	_ _ h _ _ min	99
K 06d. Estudando	_ _ h _ _ min	99	_ _ h _ _ min	99
K 06e. No transporte	_ _ h _ _ min	99	_ _ h _ _ min	99
K 06f. Fazendo serviço em casa	_ _ h _ _ min	99	_ _ h _ _ min	99
K 06g. Em lazer	_ _ h _ _ min	99	_ _ h _ _ min	99
K 06h. No computador	_ _ h _ _ min	99	_ _ h _ _ min	99

Se referiu usar computador

K 07. Você utiliza o computador para: (+1)

1. trabalho
2. estudo
3. jogos/música
4. relacionamento
5. outro: _____

K 08. Você pratica regularmente, pelo menos uma vez por semana algum tipo de exercício físico ou esporte?

1. não → **passa para K 10**
2. sim
9. NS/NR

K 09. Qual(is)? Em quantos dias da semana? E durante quantos minutos por dia?

	Tipo de exercício	a. nº de dias	b. Duração
K 09a.	Caminhada (não vale deslocamento para o trabalho)		_ _ h _ _ min
K 09b.	Corrida/corrida em esteira		_ _ h _ _ min
K 09c.	Musculação		_ _ h _ _ min
K 09d.	Hidroginástica		_ _ h _ _ min
K 09e.	Ginástica em geral		_ _ h _ _ min
K 09f.	Natação		_ _ h _ _ min
K 09g.	Artes marciais e lutas		_ _ h _ _ min
K 09h.	Bicicleta/bicicleta ergométrica		_ _ h _ _ min
K 09i.	Futebol		_ _ h _ _ min
K 09j.	Basquetebol		_ _ h _ _ min
K 09l.	Voleibol		_ _ h _ _ min
K 09m.	Tênis		_ _ h _ _ min
K 09n.	Dança		_ _ h _ _ min
K 09o.	Outros:		_ _ h _ _ min

→ **passa para K 11**

K 10. Por que não faz? (+1)

1. não tenho tempo
2. não gosto
3. sinto-me muito cansado
4. não tenho condições financeiras para pagar
5. não tem espaço/ambiente adequado para praticar
6. outro: _____
9. NS/NR

K 11. O que você acha que o município poderia oferecer para incentivar a prática de exercício físico ou esportes? (+1)

1. construção de novas áreas desportivas/lazer
2. melhoria de áreas desportivas/lazer existentes
3. oferecer atividades em escolas, serviços de saúde, praças esportivas e outros locais
4. contratar profissionais capacitados para ensinar/acompanhar as práticas de exercício ou esporte
5. cuidar da segurança e iluminação dos locais de atividades físicas
6. outros: _____
9. NS/NR

CONSUMO DE BEBIDAS

K 12. Qual é a bebida de sua preferência?

_____ | | | |

Se referir bebida alcoólica → **passa para K 15**

9. NS/NR

K 13. Qual é a bebida alcoólica de sua preferência?

_____ | | | |

Se referir bebida alcoólica → **passa para K 15**

2. Não bebe álcool

9. NS/NR

K 14. Há quanto tempo você não ingere bebida alcoólica?

1. nunca bebeu

2. não bebe há mais de um ano } → **passa para K 27**

3. parou de beber há menos de um ano

9. NS/NR

PARA PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS

Agora, iremos perguntar sobre o consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses.

Entrevistador: lembre-se que 1 dose corresponde a 1 taça de vinho ou 1 dose de destilado (uísque, vodca, cachaça) ou 1 lata de cerveja.

K 15. Com que frequência você consome (consumia) bebidas alcoólicas?

Nunca	Uma vez por mês ou menos	2-4 vezes por mês	2-3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana
0	1	2	3	4

K 16. Quantas doses de álcool você consome (consumia) num dia normal?

0 ou 1	2 ou 3	4 ou 5	6 ou 7	8 ou mais
0	1	2	3	4

K 17. Com que frequência você consome (consumia) cinco ou mais doses em uma única ocasião?

Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
0	1	2	3	4

K 18. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
0	1	2	3	4

K 19. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?

Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
0	1	2	3	4

K 20. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
0	1	2	3	4

K 21. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?

Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
0	1	2	3	4

K 22. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

Nunca	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Quase todos os dias
0	1	2	3	4

K 23. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

Não	Sim, mas não no último ano	Sim, durante o último ano
0	2	4

K 24. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

Não	Sim, mas não no último ano	Sim, durante o último ano
0	2	4

K 25. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

1. não → **passa para K 27**

2. sim

9. NS/NR

K 26. Você procurou o serviço de saúde para ajudá-lo a diminuir a quantidade de bebida ou a parar de beber?

1. não

2. sim

9. NS/NR

K 27. Você fuma ou já fumou (pelo menos 100 cigarros ou 5 maços) ?

1. não → **passa para K 47**
2. sim 99. NS/NR

K 28. Com que idade começou a fumar regularmente (pelo menos um cigarro/semana)?

____ anos 99. NS/NR

K 29. Você fuma atualmente?

1. não
 2. sim, diariamente
 3. sim, mas não diariamente
- } **passa para K 34**

K 30. Há quanto tempo você parou de fumar?

____ anos ____ meses 99. NS/NR

K 31. Por que você parou de fumar? (+1)

1. acha que faz mal para saúde
2. teve problema de saúde: _____
3. restrição no trabalho/locais públicos
4. restrição em casa
5. orientação de médico/profissional de saúde
6. outro: _____
9. NS/NR

K 32. Contou com algum apoio para deixar de fumar?

1. não → **passa para K34**
2. sim
9. NS/NR

K 33. Qual o tipo de apoio com que contou? (+1)

1. grupo de apoio em serviço de saúde
2. parentes ou amigos
3. acupuntura
4. tratamento com medicamento, adesivo ou chiclete
5. outro: _____
9. NS/NR

K 34. Quantos cigarros fuma (fumava) por dia?

____ cigarros *Se ex-fumante* → **passa para K 47**

K 35. Quanto tempo depois de se levantar você fuma o 1º cigarro?

1. primeiros 5 minutos
2. 6-30 minutos
3. 31 – 60 minutos
4. mais de 60 minutos
9. NS/NR

K 36. Tem dificuldade em não fumar nos locais em que é proibido?

1. não
2. sim
9. NS/NR

K 37. Qual é o cigarro que mais o satisfaz?

1. o 1º da manhã
2. qualquer um
9. NS/NR

K 38. Fuma mais no começo do dia?

1. não
2. sim
9. NS/NR

K 39. Fuma mesmo quando está doente?

1. não
2. sim
9. NS/NR

K 40. Você já tentou parar de fumar?

1. não → **passa para K 46**
2. sim → **K 41.** Quantas vezes? ____
9. NS/NR

K 42. Por que você tentou parar de fumar? (+1)

1. acha que faz mal para saúde
2. teve problema de saúde: _____
3. restrição no trabalho/locais públicos
4. restrição em casa
5. orientação de médico/profissional de saúde
6. outro: _____
9. NS/NR

K 43. Contou com algum apoio quando tentou parar de fumar?

1. não → **passa para K45**
2. sim 9. NS/NR

K 44. Qual tipo de apoio? (+1)

1. grupo de apoio em serviço de saúde
2. parentes ou amigos
3. acupuntura
4. tratamento com medicamento, adesivo ou chiclete
5. outro: _____
9. NS/NR

K 45. O que você acha que fez você voltar a fumar? (+1)

1. irritação, ansiedade e/ou nervoso
2. medo de ganhar peso
3. "fissura" (vontade excessiva)
4. dor de cabeça, insônia e/ou tontura
5. outro: _____
9. NS/NR

K 46. Em relação à intenção de parar de fumar, você diria que: (L)

1. não está pensando em parar de fumar
2. está pensando em parar algum dia na vida
3. está pensando, mas ainda não tem data definida
4. quer parar nas próximas 4 semanas
9. NS/NR

K 47. O que você acha que os serviços de saúde poderiam oferecer às pessoas que querem deixar de fumar? (+1)

1. tratamento medicamentoso
2. tratamento com adesivo/chicletes
3. tratamento com acupuntura
5. outro: _____
9. NS/NR

K 48. Na sua casa: (L)

1. não é permitido fumar em nenhum lugar
2. é permitido fumar em alguns lugares ou horários
3. é permitido fumar em qualquer lugar
4. não existem regras sobre isso
9. NS/NR

K 49. No seu trabalho ou escola: (L)

1. não é permitido fumar em nenhum lugar
2. é permitido fumar em alguns lugares ou horários
3. é permitido fumar em qualquer lugar
4. não existem regras sobre isso
8. não se aplica
9. NS/NR

K 50. Das pessoas com quem convive, quem fuma? (+1)

1. pai
2. mãe
3. Irmão
4. parente que mora junto
5. cônjuge, namorado
6. amigos
7. outro: _____
8. ninguém
9. NS/NR

Para quem não é fumante

K 51. Quantas horas por dia você fica exposto à fumaça do cigarro ou fica próximo de alguém fumando?

____ horas/dia 99. NS/NR

HÁBITO ALIMENTAR**BLOCO L**

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre seu peso e sua alimentação

L 01. Se mulher, é gestante?

1. não
2. sim
9. NS/NR

L 02. Qual a sua altura?

__|__ m __|__|__ cent. 9. NS/NR

L 03. Qual o seu peso?

__|__|__|__|Kg __|__|__|__| gr. 9. NS/NR

L 04. Você gostaria de ganhar ou perder peso?

- 1 não→ **passa para L 09**
2. sim, de ganhar peso
3. sim, de perder peso
9. NS/NR

L 05. Quanto você gostaria de pesar?

__|__|__|__|Kg __|__|__|__| grs. 9 |__| NS/NR

→ **Se desejar aumentar o peso passe para L 09**

L 06. Você faz alguma coisa para emagrecer?

1. não → **passa para L 09**
2. sim

L 07. O que você faz para emagrecer?

1. nada
2. tem cuidado com o que vai comer
3. faz dieta
4. pratica exercício, esporte, caminhada
5. usa medicamento:_____
6. deixa de fazer alguma refeição
7. outro:_____

L 08. O que você fez para emagrecer nos últimos 12 meses?

1. nada
2. tem cuidado com o que comeu
3. faz dieta
4. pratica exercício, esporte, caminhada
5. usa medicamento:_____
6. deixa de fazer alguma refeição
7. outro:_____

L 09. Agora eu vou perguntar com que frequência você normalmente come ou bebe estes alimentos:	Todo dia	4 a 6 dias/sem	1 a 3 dias/sem	< 1 x semana	< 1x por mes
L 10. Frutas	1	2	3	4	5
L 11. Verduras – hortaliças (saladas cruas)	1	2	3	4	5
L 12. Verduras e legumes cozidos	1	2	3	4	5
L 13. Feijão	1	2	3	4	5
L 14. Refrigerante	1	2	3	4	5
L 15. Leite	1	2	3	4	5

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

BLOCO M

M 01. A sua cor ou raça é: (L)

1. branca
2. preta
3. amarela
4. parda
5. indígena
6. outra: _____
9. NS/NR

M 02. Qual é a sua religião ou culto?

_____ |__|__|

→ *se referir não ter religião passe para M 05*

M 03. Com que frequência você vai à igreja (ou outro lugar de culto)?

1. não frequenta ou menos que 1 vez/mês
2. pelo menos 1 vez/mês e menos que 1 vez/semana
3. 1 vez/semana
4. mais de 1 vez/semana
9. NR

M 04. Há quanto tempo você é desta religião?

|__|__| anos

M 05. Onde você nasceu?

1. em Campinas
2. outro município do estado de São Paulo
3. outro estado ou país: _____
9. NS/NR

M 06 Há quanto tempo você mora em Campinas?

|__|__| anos

99. NS/NR

M 07. Há quanto tempo você mora neste domicílio?

|__|__| anos

99. NS/NR

M 08. Qual é o seu estado conjugal?

1. casado no civil
2. vive junto/amasiado
3. desquitado/separado/divorciado
4. viúvo
5. solteiro
9. NS/NR

M 09. Você tem filhos? Quantos?

|__|__| filhos

M 10. Frequenta escola? *Se sim: pública ou privada?*

1. sim, rede pública
2. sim, rede particular
3. não

M 11. Até que ano da escola você completou?

01. nunca frequentou, não sabe ler e escrever
02. nunca frequentou, sabe ler e escrever
- 1__. 1º grau (Primário ou Ensino Fundamental) (11-14)
- 1__. 1º grau (Ginásio ou Ensino Fundamental) (15-18)
- 2__. 2º grau (Colegial ou Ensino Médio) (21-23)
25. cursos técnicos de nível médio incompletos
26. cursos técnicos de nível médio completos
30. curso superior incompleto
31. curso superior completo
32. pós graduação senso estrito
99. NS/NR

M 12. Atualmente, você frequenta algum tipo de curso como informática, idiomas, dança, artes etc.?

1. sim
2. não → **passe para M 14**

M 13. Que tipo de curso? (+1)

1. idiomas
2. informática
3. dança
4. música
5. profissionalizante: _____
6. outros: _____

M 14. Atualmente, você exerce alguma atividade de trabalho remunerada ou não?

1. sim, em atividade
 2. sim, mas afastado por motivo de doença
 3. sim, e também aposentado
 4. não, desempregado → **passa para M 16**
 5. não, aposentado ou pensionista
 6. não, dona de casa → **passa para M 22**
 7. não, só estudante
 8. outros
 9. NS/NR
- } → **passa para M 16**
- } → **passa para N 01**

M 15. O senhor foi aposentado por:

1. doença/invalidez
2. tempo de trabalho/idade

M 16. Qual é (era) a sua ocupação em seu trabalho principal? → **se aposentado, especificar qual era a sua ocupação anterior.**

_____ | | | | |
999. NS/NR

M 17. No seu trabalho principal, você é (era):

1. empregado assalariado estatutário ou com carteira profissional assinada
2. empregado assalariado sem carteira profissional assinada
3. empregado familiar não remunerado
4. conta própria ou autônomo com estabelecimento
5. conta própria ou autônomo sem estabelecimento
6. empregador com até 4 funcionários fixos
7. empregador com 5 ou mais funcionários fixos
8. outro: _____
9. NS/NR

SOMENTE PARA A PESSOA QUE TRABALHOU NO ÚLTIMO MÊS

M 18. Quantas horas por semana, em média, você se dedicou a esse trabalho no último mês?

|_|_| horas
99. NS/NR

M 19. Nos demais trabalhos?

|_|_| horas
88. não tem outros trabalhos
99. NS/NR

Qual foi o seu rendimento líquido com salário, rendas ou pensão no mês passado?

		Valor em reais	NS/NR
M 20.	No trabalho principal?	R\$ _ _ _ _ _ , 00	99999
M 21.	Nos demais trabalhos?	R\$ _ _ _ _ _ , 00	99999
M 22.	Com aposentadoria ou pensão?	R\$ _ _ _ _ _ , 00	99999
M 23.	Outros:	R\$ _ _ _ _ _ , 00	99999

Nº. do domicílio |_|_|_|_|_|_|_|_|

N 01 b. Nº. da família |_|_|

CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA E DO DOMICÍLIO**BLOCO N****PREENCHER UM BLOCO PARA CADA FAMÍLIA**

As perguntas N 02 a N 11 devem ser respondidas pelo entrevistador. (Apenas em caso de dúvida, pergunte ao entrevistado).

N 02. Caracterização do domicílio:

1. casa
2. apartamento
3. barraco
4. casa de cômodos (cabeça de porco/cortiço)
5. outro: _____
9. NS/NR

Na rua do domicílio, existe:

	sim	não
N 03. Pavimentação?	1	2
N 04. Guias e sarjetas?	1	2
N 05. Iluminação pública?	1	2

No domicílio:

	sim	não
N 06. Tem água da rede geral/canalizada?	1	2
N 07. Tem água canalizada interna no domicílio?		
N 08. Tem iluminação elétrica?	1	2
N 09. É ligado à rede de esgoto?	1	2
N 10. Tem coleta pública do lixo?	1	2
N 11. Tem sanitário?	1	2

N 12. Este domicílio em que você mora é próprio ou alugado?

1. próprio, quitado
2. próprio, pagando
3. alugado
4. cedido
5. outra condição: _____
9. NS/NR

N 13. Quantos cômodos existem neste domicílio?

|_|_| 99. NS/NR

N 14. Quantos banheiros existem neste domicílio?

(considere apenas os que contêm chuveiro ou banheira e vaso sanitário)

|_|

Os moradores deste domicílio contam com os seguintes equipamentos? Com quantos?

N 15. |_|_| rádio**N 16.** |_|_| MP3/MP4/MP5**N 17.** |_|_| televisão em cores**N 18.** |_|_| geladeira**N 19.** |_|_| freezer**N 20.** |_|_| máquina de lavar roupa → não considerar tanquinho**N 21.** |_|_| forno de microondas**N 22.** |_|_| videocassete/DVD**N 23.** |_|_| máquina de lavar louça**N 24.** |_|_| aparelho de ar condicionado**N 25.** |_|_| aspirador de pó**N 26.** |_|_| telefone fixo**N 27.** |_|_| telefone celular**N 28.** |_|_| câmera digital**N 29.** |_|_| computador → **se não tiver, passe para N 31****N 30.** Em seu domicílio, tem acesso à internet?

1. sim

2. não

9. NS/NR

Os moradores deste domicílio têm:

N 31. Automóvel? 1. sim 2. não**N 32.** Moto? 1. sim 2. não**N 33.** Outro imóvel que não a residência atual?

1. sim

2. não

N 34. Este domicílio conta com o serviço de empregadas domésticas?

1. não

2. sim → **N 35.** Quantas? |_|

Caso o entrevistado seja o responsável pela família, passe para o "Quadro de composição e renda familiar".

N 36. Até que ano da escola o(a) responsável pela família completou?

01. nunca freqüentou, não sabe ler e escrever

02. nunca freqüentou, sabe ler e escrever

1__ 1º grau (Primário ou Ensino Fundamental) (11-14)

1__ 1º grau (Ginásio ou Ensino Fundamental) (15-18)

2__ 2º grau (Colegial ou Ensino Médio) (21-23)

25. cursos técnicos de nível médio incompletos

26. cursos técnicos de nível médio completos

30. curso superior incompleto

31. curso superior completo

32. Pós graduação senso estrito

99. NS/NR

N 37. Qual é(era) a ocupação do(a) responsável pela família no trabalho principal?

→ se aposentado, especificar qual era a sua ocupação anterior

_____ | | | | |

999. NS/NR

N 38. No trabalho principal, o(a) responsável pela família é(era):

1. empregado assalariado estatutário ou com carteira profissional assinada

2. empregado assalariado sem carteira profissional assinada

3. empregado familiar não remunerado

4. conta própria ou autônomo com estabelecimento

5. conta própria ou autônomo sem estabelecimento

6. empregador com até 4 funcionários fixos

7. empregador com 5 ou mais funcionários fixos

8. outro: _____

9. NS/NR

Quadro de rendimentos líquidos dos membros da família, no mês anterior:

	Nome	a. Relação com o responsável pela família	b. Renda líquida	NS/NR
N 39.			R\$ _ _ _ _ _ ,00	99999
N 40.			R\$ _ _ _ _ _ ,00	99999
N 41.			R\$ _ _ _ _ _ ,00	99999
N 42.			R\$ _ _ _ _ _ ,00	99999
N 43.			R\$ _ _ _ _ _ ,00	99999
N 44.			R\$ _ _ _ _ _ ,00	99999
N 45.			R\$ _ _ _ _ _ ,00	99999
N 46.			R\$ _ _ _ _ _ ,00	99999
N 47.			R\$ _ _ _ _ _ ,00	99999
N 48.			R\$ _ _ _ _ _ ,00	99999

Códigos para a relação com o responsável

1. responsável pela família

2. cônjuge/companheiro(a)

3. filho(a)/ enteado(a)

4. outro parente

5. agregado

9. outro