

Instrumento inicial

Record ID

Dados entrevistador e domicílio

Data da entrevista:

Horário de início da entrevista:

Entrevistador(a):

Qual o setor?

- ☐ 431440705180002 - AREAL
- ☐ 431440705180004 - AREAL
- ☐ 431440705180010 - AREAL
- ☐ 431440705180012 - AREAL
- ☐ 431440705180018 - AREAL
- ☐ 431440705180019 - AREAL
- ☐ 431440705180020 - AREAL
- ☐ 431440705180021 - AREAL
- ☐ 431440705180029 - AREAL
- ☐ 431440705180031 - AREAL
- ☐ 431440705180037 - AREAL
- ☐ 431440705180039 - AREAL
- ☐ 431440705180045 - AREAL
- ☐ 431440705180049 - AREAL
- ☐ 431440705180053 - AREAL
- ☐ 431440705180055 - AREAL
- ☐ 431440705180064 - AREAL
- ☐ 431440705180065 - AREAL
- ☐ 431440705180068 - AREAL
- ☐ 431440705180069 - AREAL
- ☐ 431440705180071 - AREAL
- ☐ 431440705180072 - AREAL
- ☐ 431440705140003 - BARRAGEM
- ☐ 431440705140004 - BARRAGEM
- ☐ 431440705160003 - CENTRO
- ☐ 431440705160006 - CENTRO
- ☐ 431440705160010 - CENTRO
- ☐ 431440705160013 - CENTRO
- ☐ 431440705160018 - CENTRO
- ☐ 431440705160023 - CENTRO
- ☐ 431440705160024 - CENTRO
- ☐ 431440705160048 - CENTRO
- ☐ 431440705160051 - CENTRO
- ☐ 431440705160058 - CENTRO
- ☐ 431440705160062 - CENTRO
- ☐ 431440705160074 - CENTRO
- ☐ 431440705160075 - CENTRO
- ☐ 431440705160083 - CENTRO
- ☐ 431440705160085 - CENTRO
- ☐ 431440705160092 - CENTRO
- ☐ 431440705160098 - CENTRO
- ☐ 431440705160102 - CENTRO
- ☐ 431440705160103 - CENTRO
- ☐ 431440705160109 - CENTRO
- ☐ 431440705160115 - CENTRO
- ☐ 431440705160119 - CENTRO
- ☐ 431440705150010 - FRAGATA
- ☐ 431440705150016 - FRAGATA
- ☐ 431440705150018 - FRAGATA
- ☐ 431440705150027 - FRAGATA
- ☐ 431440705150033 - FRAGATA
- ☐ 431440705150049 - FRAGATA
- ☐ 431440705150053 - FRAGATA
- ☐ 431440705150064 - FRAGATA
- ☐ 431440705150069 - FRAGATA
- ☐ 431440705150081 - FRAGATA
- ☐ 431440705150087 - FRAGATA
- ☐ 431440705150094 - FRAGATA
- ☐ 431440705150097 - FRAGATA
- ☐ 431440705150100 - FRAGATA
- ☐ 431440705190001 - LARANJAL/Z3
- ☐ 431440705190004 - LARANJAL/Z3
- ☐ 431440705190005 - LARANJAL/Z3
- ☐ 431440705190007 - LARANJAL/Z3
- ☐ 431440705190009 - LARANJAL/Z3
- ☐ 431440705190011 - LARANJAL/Z3
- ☐ 431440705190015 - LARANJAL/Z3
- ☐ 431440705190022 - LARANJAL/Z3
- ☐ 431440705200004 - SÃO GONÇALO

- ☐ 431440705200027 - SÃO GONÇALO
- ☐ 431440705200030 - SÃO GONÇALO
- ☐ 431440705200031 - SÃO GONÇALO
- ☐ 431440705200034 - SÃO GONÇALO
- ☐ 431440705200044 - SÃO GONÇALO
- ☐ 431440705200045 - SÃO GONÇALO
- ☐ 431440705130006 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130009 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130013 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130015 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130016 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130020 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130023 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130026 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130029 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130033 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130036 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130040 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130048 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130052 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130055 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130056 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130058 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130067 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130068 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130069 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130073 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130082 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130083 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130093 - TRÊS VENDAS
- ☐ 431440705130101 - TRÊS VENDAS

Situação do domicílio para entrevista

- ☐ Elegível
- ☐ Inelegível (comércio, igreja, etc...)
- ☐ Vazio
- ☐ Sem moradores acima de 18 anos
- ☐ Sem moradores no momento
- ☐ Recusa

Qual endereço do domicílio que foi perda ou recusa?

Idade

Se for recusa, coloque a idade

(Somente números)

NSA = 99

Coloque o sexo da recusa

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

Por qual motivo o morador recusou participar da pesquisa?

- ☐ Não quis informar
- ☐ Precisou sair para trabalho
- ☐ Outro, qual?

Outro motivo.

(Especifique o motivo)

BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO

Record ID

Atenção, ao abrir o bloco basta clicar em "Sim" para preenchimento automático da latitude e longitude.

Caso o Redcap emita o erro "Não foi possível obter a geolocalização", clique em "ok" no erro e depois em "update" no campo latitude e longitude para carregar as informações.

Latitude

Longitude

Quantos moradores têm no domicílio?

- ☐ 0
- ☐ 1 (apenas o próprio respondente)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 ou mais

Dados do entrevistado

1, Nome (primeiro e último)

Sexo:

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

Idade:

(Somente números)

Trabalha ou estuda atualmente:

- ☐ Não
- ☐ Trabalha
- ☐ Estuda
- ☐ Trabalha e estuda
- ☐ Aposentado(a)
- ☐ Em auxílio do governo
- ☐ Outro

Se trabalha, está em atividade fora de casa?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ NSA

Dados dos outros moradores

2, Nome (primeiro e último)

Sexo:

- ☐ Masculino
☐ Feminino

Idade:

(Somente números)

Trabalha ou estuda atualmente:

- ☐ Não
☐ Trabalha
☐ Estuda
☐ Trabalha e estuda
☐ Aposentado(a)
☐ Em auxílio do governo
☐ Outro

Se trabalha, está em atividade fora de casa?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ NSA

3, Nome (primeiro e último)

Sexo:

- ☐ Masculino
☐ Feminino

Idade:

(Somente números)

Trabalha ou estuda atualmente:

- ☐ Não
☐ Trabalha
☐ Estuda
☐ Trabalha e estuda
☐ Aposentado(a)
☐ Em auxílio do governo
☐ Outro

Se trabalha, está em atividade fora de casa?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ NSA

4, Nome (primeiro e último)

Sexo:

- ☐ Masculino
☐ Feminino

Idade:

(Somente números)

Trabalha ou estuda atualmente:

- ☐ Não
- ☐ Trabalha
- ☐ Estuda
- ☐ Trabalha e estuda
- ☐ Aposentado(a)
- ☐ Em auxílio do governo
- ☐ Outro

Se trabalha, está em atividade fora de casa?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ NSA

5, Nome (primeiro e último)

Sexo:

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

Idade:

(Somente números)

Trabalha ou estuda atualmente:

- ☐ Não
- ☐ Trabalha
- ☐ Estuda
- ☐ Trabalha e estuda
- ☐ Aposentado(a)
- ☐ Em auxílio do governo
- ☐ Outro

Se trabalha, está em atividade fora de casa?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ NSA

6, Nome (primeiro e último)

Sexo:

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

Idade:

(Somente números)

Trabalha ou estuda atualmente:

- ☐ Não
- ☐ Trabalha
- ☐ Estuda
- ☐ Trabalha e estuda
- ☐ Aposentado(a)
- ☐ Em auxílio do governo
- ☐ Outro

Se trabalha, está em atividade fora de casa?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ NSA

7, Nome (primeiro e último)

Sexo:	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino
Idade:	<hr/> <div>(Somente números)</div>
Trabalha ou estuda atualmente:	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Trabalha <input type="radio"/> Estuda <input type="radio"/> Trabalha e estuda <input type="radio"/> Aposentado(a) <input type="radio"/> Em auxílio do governo <input type="radio"/> Outro
Se trabalha, está em atividade fora de casa?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> NSA
8, Nome (primeiro e último)	<hr/>
Sexo:	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino
Idade:	<hr/> <div>(Somente números)</div>
Trabalha ou estuda atualmente:	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Trabalha <input type="radio"/> Estuda <input type="radio"/> Trabalha e estuda <input type="radio"/> Aposentado(a) <input type="radio"/> Em auxílio do governo <input type="radio"/> Outro
Se trabalha, está em atividade fora de casa?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> NSA
9, Nome (primeiro e último)	<hr/>
Sexo:	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino
Idade:	<hr/> <div>(Somente números)</div>

Trabalha ou estuda atualmente:

☐ Não
☐ Trabalha
☐ Estuda
☐ Trabalha e estuda
☐ Aposentado(a)
☐ Em auxílio do governo
☐ Outro

Se trabalha, está em atividade fora de casa?

☐ Não
☐ Sim
☐ NSA

10, Nome (primeiro e último)

Sexo:

☐ Masculino
☐ Feminino

Idade:

(Somente números)

Trabalha ou estuda atualmente:

☐ Não
☐ Trabalha
☐ Estuda
☐ Trabalha e estuda
☐ Aposentado(a)
☐ Em auxílio do governo
☐ Outro

Se trabalha, está em atividade fora de casa?

☐ Não
☐ Sim
☐ NSA

Dados entrevistado

Em que Bairro reside?

Qual seu cep?

Qual seu endereço?

Qual o telefone/whatsapp para contato?

(Telefone 2) Qual o telefone/whatsapp para contato?

(Se não tiver, deixar em branco)

Qual seu Facebook?

(Se não tiver facebook ou não quiser fornecer, deixar em branco)

Qual seu e-mail?

(Se não tiver e-mail ou não quiser fornecer,
deixar em branco)

Data de Nascimento:

Qual sua identidade de gênero?

- ☐ Mulher cisgênera (1)
 - ☐ Homem cisgênero (1)
 - ☐ Mulher trans, transgênero ou travesti (2)
 - ☐ Homem trans ou transgênero (2)
 - ☐ Não-binário (3)
 - ☐ Outro
 - ☐ Prefiro não me classificar
 - ☐ Prefiro não responder
- (Observação: (1) Quem se identifica com o sexo que lhe foi designado ao nascer; (2) Possui outra identidade de gênero, diferente da que lhe foi designada ao nascer; (3) Não definem sua identidade dentro do sistema binário homem mulher)
-

Qual é a sua cor da pele?

- ☐ Branca
 - ☐ Preta
 - ☐ Parda
 - ☐ Amarela (orientais)
 - ☐ Indígena
 - ☐ Outra
 - ☐ IGN
-

O Sr. (a) sabe ler e escrever?

- ☐ não
 - ☐ sim
 - ☐ só assina
 - ☐ IGN
-

Qual o último ano da escola que o(a) Sr(a) foi aprovado(a)?

- ☐ Nunca estudou
- ☐ 1ª série do 1º grau
- ☐ 2ª série do 1º grau
- ☐ 3ª série do 1º grau
- ☐ 4ª série do 1º grau (antigo primário ou grupo)
- ☐ 5ª série do 1º grau
- ☐ 6ª série do 1º grau
- ☐ 7ª série do 1º grau
- ☐ 8ª série do 1º grau (antigo ginásio)
- ☐ 1ª série do 2º grau
- ☐ 2ª série do 2º grau
- ☐ 3ª série do 2º grau (antigo colegial: clássico, científico, normal)
- ☐ Supletivo/madureza/Eja
- ☐ Superior incompleto
- ☐ Superior completo
- ☐ Especialização/residência médica
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado
- ☐ Não Sabe/Não respondeu

Qual sua situação atualmente?

- ☐ Desempregado(a)
☐ Trabalhando
☐ Estudando
☐ Trabalhando e estudando
☐ Do lar
☐ Aposentado(a)
☐ Outro, qual?
☐ IGN

"Outro"

Qual sua altura?

____ cm
Exemplo: 1.80 = 180
(999) Não sabe
(777) Não quis informar

(Sem ponto e sem vírgula)

Qual seu peso?

____ kg
(999.0) Não sabe
(777.0) Não quis informar
Exemplo: 80.5 kg = 80.5

BLOCO B - CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E COMPORTAMENTAIS

Record ID

Qual a sua situação conjugal atual?

- ☐ casado(a) ou com companheiro(a)
☐ solteiro(a) ou sem companheiro(a)
☐ separado(a)
☐ viúvo(a)
☐ IGN

O Sr(a) está trabalhando atualmente?

- ☐ não
☐ sim
☐ IGN

O Sr(a) acha que a pandemia afetou sua ocupação/trabalho?

- ☐ Permaneceu igual
☐ Melhorou
☐ Piorou um pouco
☐ Piorou muito
☐ IGN

O(A) Sr(a) fuma ou já fumou?

- ☐ não, nunca fumou
☐ sim
☐ já fumou, mas parou de fumar
☐ NSA
☐ IGN

"já fumou, mas parou de fumar"

há __ __ anos

(Somente números)

"já fumou, mas parou de fumar"

__ __ meses

(Somente números)

Há quanto tempo o Sr(a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)?

__ __ anos

99, IGN

88, NSA

Há quanto tempo o Sr(a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)?

__ __ meses

99, IGN

88, NSA

Quantos cigarros o Sr(a) fuma (ou fumava) por dia?

__ __ cigarros

888, NSA

999, IGN

(Somente números)

Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?
[Selecione o número que melhor corresponde à sua situação.]

- ☐ nunca
- ☐ uma vez por mês ou menos
- ☐ duas a quatro vezes por mês
- ☐ duas a três vezes por semanas
- ☐ quatro ou mais vezes por semana

Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

- ☐ uma ou duas
- ☐ três ou quatro
- ☐ cinco ou seis
- ☐ de sete a nove
- ☐ dez ou mais

Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- ☐ nunca
- ☐ menos de uma vez por mês
- ☐ pelo menos uma vez por mês
- ☐ pelo menos uma vez por semana
- ☐ diariamente ou quase diariamente

Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- ☐ nunca
- ☐ menos de uma vez por mês
- ☐ pelo menos uma vez por mês
- ☐ pelo menos uma vez por semana
- ☐ diariamente ou quase diariamente

Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- ☐ nunca
- ☐ menos de uma vez por mês
- ☐ pelo menos uma vez por mês
- ☐ pelo menos uma vez por semana
- ☐ diariamente ou quase diariamente

Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

- ☐ nunca
- ☐ menos de uma vez por mês
- ☐ pelo menos uma vez por mês
- ☐ pelo menos uma vez por semana
- ☐ diariamente ou quase diariamente

Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- ☐ nunca
- ☐ menos de uma vez por mês
- ☐ pelo menos uma vez por mês
- ☐ pelo menos uma vez por semana
- ☐ diariamente ou quase diariamente

Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

- ☐ nunca
- ☐ menos de uma vez por mês
- ☐ pelo menos uma vez por mês
- ☐ pelo menos uma vez por semana
- ☐ diariamente ou quase diariamente

Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

- ☐ não
- ☐ sim, mas não nos últimos 12 meses
- ☐ sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- ☐ não
- ☐ sim, mas não nos últimos 12 meses
- ☐ sim, aconteceu nos últimos 12 meses

BLOCO C - DOMICÍLIO

Record ID

AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS BENS DOS MORADORES DA SUA CASA. MAIS UMA VEZ LEMBRO QUE OS DADOS DESTE ESTUDO SERVIRÃO APENAS PARA UMA PESQUISA, PORTANTO O(A) SR(A) PODE FICAR TRANQUILO(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.

Microcomputador (considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones)

- ☐ Não possui
- ☐ Sim, uma
- ☐ Sim, duas
- ☐ Sim, três
- ☐ Sim, quatro ou mais

Tem acesso à internet? Não considere internet do celular

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ IGN

Lava-louça

- ☐ Não possui
- ☐ Sim, uma
- ☐ Sim, duas
- ☐ Sim, três
- ☐ Sim, quatro ou mais

Geladeira

- ☐ Não possui
- ☐ Sim, uma
- ☐ Sim, duas
- ☐ Sim, três
- ☐ Sim, quatro ou mais

Freezer

- ☐ Não possui
- ☐ Sim, uma
- ☐ Sim, duas
- ☐ Sim, três
- ☐ Sim, quatro ou mais
(independentes ou parte da geladeira duplex)

Máquina de lavar roupa

- ☐ Não possui
- ☐ Sim, uma
- ☐ Sim, duas
- ☐ Sim, três
- ☐ Sim, quatro ou mais
(excluindo tanquinho)

Televisão colorida?

- ☐ Não possui
- ☐ Sim, uma
- ☐ Sim, duas
- ☐ Sim, três
- ☐ Sim, quatro ou mais

Você tem tv a cabo ou por assinatura? Não considere antena parabólica.

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ IGN

DVD	<input type="radio"/> Não possui <input type="radio"/> Sim, uma <input type="radio"/> Sim, duas <input type="radio"/> Sim, três <input type="radio"/> Sim, quatro ou mais (incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel)
Micro-ondas	<input type="radio"/> Não possui <input type="radio"/> Sim, uma <input type="radio"/> Sim, duas <input type="radio"/> Sim, três <input type="radio"/> Sim, quatro ou mais
Aparelho de ar-condicionado?	<input type="radio"/> Não possui <input type="radio"/> Sim, uma <input type="radio"/> Sim, duas <input type="radio"/> Sim, três <input type="radio"/> Sim, quatro ou mais (Se ar condicionado central, marque o número de cômodos servidos)
Motocicleta	<input type="radio"/> Não possui <input type="radio"/> Sim, uma <input type="radio"/> Sim, duas <input type="radio"/> Sim, três <input type="radio"/> Sim, quatro ou mais
Automóvel	<input type="radio"/> Não possui <input type="radio"/> Sim, uma <input type="radio"/> Sim, duas <input type="radio"/> Sim, três <input type="radio"/> Sim, quatro ou mais (Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.)
Secadora de roupa	<input type="radio"/> Não possui <input type="radio"/> Sim, uma <input type="radio"/> Sim, duas <input type="radio"/> Sim, três <input type="radio"/> Sim, quatro ou mais
Quantas peças/cômodos da casa são usadas de dormitório / para dormir? 0 nenhum (99) IGN	<hr/> (Somente números)
Quantos banheiros tem em casa? 0 nenhum (99) IGN	<hr/> (Somente números)

O(A) Sr.(a) tem empregada doméstica em casa?	<input type="radio"/> nenhuma <input type="radio"/> uma <input type="radio"/> duas <input type="radio"/> três <input type="radio"/> quatro ou mais <input type="radio"/> IGN (considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana)
A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	<input type="radio"/> Rede geral de distribuição <input type="radio"/> Poço ou nascente <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> IGN (Ler as opções)
Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	<input type="radio"/> Asfaltada/Pavimentada <input type="radio"/> Terra/Cascalho <input type="radio"/> IGN
Pensando em crimes e violência, qual das frases que vou ler a seguir define melhor a sua vizinhança?	<input type="radio"/> Muito segura <input type="radio"/> Segura <input type="radio"/> Muito insegura <input type="radio"/> Não sabe/não respondeu
O(a) Sr(a) gostaria de se mudar de onde mora?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> IGN
Qual é o grau de instrução do chefe da família?	<input type="radio"/> Analfabeto / Fundamental I incompleto <input type="radio"/> Fundamental I completo / Fundamental II incompleto <input type="radio"/> Fundamental completo/Médio incompleto <input type="radio"/> Médio completo/Superior incompleto <input type="radio"/> Superior completo <input type="radio"/> IGN (Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.)
Devido à pandemia, você acha que a renda da sua família?	<input type="radio"/> Aumentou <input type="radio"/> Foi mantida igual <input type="radio"/> Diminuiu um pouco <input type="radio"/> Diminuiu muito <input type="radio"/> Ficamos sem rendimento <input type="radio"/> IGN (ler opções)
Alguém da casa recebe ajuda financeira regular do governo, como Bolsa Família?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> IGN
Alguém da casa recebeu ajuda financeira por causa do Coronavírus?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, do governo <input type="checkbox"/> Sim, de parentes, amigos ou outros <input type="checkbox"/> Sim, de instituições de caridade/beneficentes <input type="checkbox"/> IGN (Pode marcar mais de uma opção)

Desde o início da pandemia, a alimentação da sua família piorou por causa da falta de dinheiro?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ IGN

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE A ALIMENTAÇÃO NA SUA CASA NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OU SEJA, DE [MÊS] ATÉ [MÊS] DE 2021. ALGUMAS PERGUNTAS SÃO PARECIDAS, MAS MESMO ASSIM PEDIMOS QUE RESPONDA A TODAS.

Nos últimos 3 meses o(a) Sr(a) teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ Não quis responder

Nos últimos 3 meses a comida acabou antes que o(a) Sr(a) tivesse dinheiro para comprar mais?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ Não quis responder

Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ Não quis responder

Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ou algum adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ Não quis responder

Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ Não quis responder

BLOCO D - ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

Record ID _____

AGORA FALAREMOS SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

ESTA SEÇÃO REFERE-SE ÀS ATIVIDADES FÍSICAS QUE O(A) SR.(A) FEZ NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, UNICAMENTE POR RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO OU LAZER

ATENÇÃO: SE O(A) ENTREVISTADO(A) FOR CADEIRANTE OU IMPOSSIBILIDADE DE LOCOMOÇÃO, MARCAR COMO NSA AS QUESTÕES DE ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

Desde (dia da semana passada), em quantos dias o(a) sr(a) caminhou por, pelo menos, 10 minutos seguidos no seu tempo livre? Não considere as caminhadas para ir ou voltar do seu trabalho.

- ☐ Nenhum
- ☐ 1 dia
- ☐ 2 dias
- ☐ 3 dias
- ☐ 4 dias
- ☐ 5 dias
- ☐ 6 dias
- ☐ 7 dias
- ☐ NSA
- ☐ IGN

Nos dias em que o(a) sr(a) fez essas caminhadas, em média, quanto tempo no total o(a) sr(a) gastou POR DIA?

____ minutos
(888) NSA
(999) IGN

(Somente números. Caso o(a) entrevistado(a) tenha dificuldade de apresentar o tempo médio, você pode ajudar perguntando o tempo que ele fez em cada dia, anotando, e calculando a média de tempo por dia.)

PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS QUESTÕES CONSIDERE QUE:

ATIVIDADES FÍSICAS FORTES SÃO AQUELAS QUE PRECISAM DE UM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR MUITO MAIS FORTE QUE O NORMAL;

ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS SÃO AQUELAS QUE PRECISAM DE ALGUM ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR UM POUCO MAIS FORTE QUE O NORMAL.

Desde (dia da semana passada), em quantos dias por semana o(a) sr(a) fez atividades físicas FORTES no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos seguidos, como correr, fazer ginástica, nadar rápido ou pedalar rápido?

- ☐ Nenhum
- ☐ 1 dia
- ☐ 2 dias
- ☐ 3 dias
- ☐ 4 dias
- ☐ 5 dias
- ☐ 6 dias
- ☐ 7 dias
- ☐ NSA
- ☐ IGN

Nos dias em que o(a) sr(a) fez essas atividades FORTES, em média, quanto tempo no total o(a) sr(a) gastou por dia?

_____ minutos
(888) NSA
(999) IGN

(Somente números. Caso o(a) entrevistado(a) tenha dificuldade de apresentar o tempo médio, você pode ajudar perguntando o tempo que ele fez em cada dia, anotando, e calculando a média de tempo por dia.)

Desde (dia da semana passada), em quantos dias por semana o(a) sr(a) fez atividades físicas MÉDIAS no seu tempo livre, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis?

- ☐ Nenhum
☐ 1 dia
☐ 2 dias
☐ 3 dias
☐ 4 dias
☐ 5 dias
☐ 6 dias
☐ 7 dias
☐ NSA
☐ IGN

Nos dias em que o(a) sr(a) fez essas atividades MÉDIAS, em média, quanto tempo o(a) sr(a) gastou por dia?

_____ minutos
(888) NSA
(999) IGN

(Somente números. Caso o(a) entrevistado(a) tenha dificuldade de apresentar o tempo médio, você pode ajudar perguntando o tempo que ele fez em cada dia, anotando, e calculando a média de tempo por dia.)

AGORA FALAREMOS SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS DE DESLOCAMENTO. EU GOSTARIA QUE TU PENSASSES, NA ÚLTIMA SEMANA, COMO TU TE DESLOCOU DE UM LUGAR AO OUTRO QUANDO ESTE DESLOCAMENTO DUROU PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS. PODE SER A IDA E VINDA DO TRABALHO OU QUANDO VAIS FAZER COMPRAS, VISITAR AMIGOS OU IR À ESCOLA.

Desde (dia da semana passada), em quantos dias por semana o(a) sr(a) caminhou para ir de um lugar a outro?

- ☐ Nenhum
☐ 1 dia
☐ 2 dias
☐ 3 dias
☐ 4 dias
☐ 5 dias
☐ 6 dias
☐ 7 dias
☐ NSA
☐ IGN

Nesses dias, quanto tempo no total, em média, o(a) sr(a) caminhou por dia?

_____ minutos
(888) NSA
(999) IGN

(Somente números. Caso o(a) entrevistado(a) tenha dificuldade de apresentar o tempo médio, você pode ajudar perguntando o tempo que ele fez em cada dia, anotando, e calculando a média de tempo por dia.)

Desde (dia da semana passada), em quantos dias por semana o(a) sr(a) usou a bicicleta para ir de um lugar a outro?

- ☐ Nenhum
☐ 1 dia
☐ 2 dias
☐ 3 dias
☐ 4 dias
☐ 5 dias
☐ 6 dias
☐ 7 dias
☐ NSA
☐ IGN

Nesses dias, quanto tempo no total, em média, o(a) sr(a) pedalou por dia?

_____ minutos

(888) NSA

(999) IGN

(Somente números. Caso o(a) entrevistado(a) tenha dificuldade de apresentar o tempo médio, você pode ajudar perguntando o tempo que ele fez em cada dia, anotando, e calculando a média de tempo por dia.)

AGORA VOU TE PERGUNTAR SOBRE ATIVIDADES ESPECÍFICAS

O(A) sr(a) faz alguma atividade física ou exercício físico de força, como musculação, seja em academia, em casa ou na rua?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ IGN

Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz esse tipo de atividade física ou exercício físico de força?

- ☐ 1 dia
☐ 2 dias
☐ 3 dias
☐ 4 dias
☐ 5 dias
☐ 6 dias
☐ 7 dias
☐ IGN

Aproximadamente quanto tempo do seu dia o(a) Sr.(a) passa sentado(a)? Considere o tempo gasto em refeições, lendo ou vendo televisão, por exemplo.

_____ minutos

(888) NSA

(999) IGN

(Somente números. Considerar também quando estiver assistindo filmes e séries no computador ou tablet.)

Aproximadamente quanto tempo do seu dia o(a) Sr.(a) passa deitado(a)? Considere apenas o tempo assistindo televisão ou lendo na cama, por exemplo. Desconsidere o tempo dormindo.

_____ minutos

(888) NSA

(999) IGN

(Somente números)

Aproximadamente, quanto tempo do seu dia o(a) Sr.(a) passa assistindo televisão?

_____ minutos

(888) NSA

(999) IGN

(Somente números)

O Sr(a) gostaria de uma política pública que interrompesse o trânsito de veículos de uma das principais ruas do seu bairro para a realização de atividades físicas e atividades culturais ao final de semana?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ IGN

(Caso o(a) entrevistado(a) não entenda a questão, um exemplo com a principal avenida do bairro pode ser mencionado. Por exemplo, no bairro Areal, pode ser exemplificado se o(a) entrevistado(a) gostaria a Domingos de Almeida fosse fechada para carros e utilizada apenas para pessoas fazerem atividades físicas e atividades culturais ao final de semana.)

BLOCO E - SERVIÇOS DE SAÚDE E COVID-19

Record ID _____

AGORA VAMOS FALAR SOBRE PROBLEMAS DE SAÚDE E SERVIÇOS DE SAÚDE.

SERVIÇOS DE SAÚDE SÃO ESTABELECIMENTOS ONDE SÃO PRESTADOS OS MAIS DIVERSOS TIPOS DE ATENDIMENTOS DE SAÚDE, DESDE PROCEDIMENTOS MAIS SIMPLES, COMO A MARCAÇÃO DE UMA CONSULTA, UMA VACINA, UM CURATIVO, ATÉ OS DE MAIOR COMPLEXIDADE COMO EXAMES, UM TRATAMENTO OU UMA CIRURGIA

Desde (dia do mês passado), o(a) Sr.(a) foi atendido em algum serviço de saúde? Ler as alternativas.

- ☐ Sim, em um serviço de saúde
- ☐ Sim, em dois serviços de saúde
- ☐ Sim, em mais de dois serviços de saúde
- ☐ Não
- ☐ IGN

Qual foi o último serviço de saúde onde o(a) Sr.(a) foi atendido desde (dia do mês passado)?

- ☐ Posto de saúde
 - ☐ Pronto Socorro Municipal
 - ☐ Pronto-Atendimento
 - ☐ Ambulatório das Faculdades/Hospital
 - ☐ Centro de especialidades
 - ☐ Consultório
 - ☐ CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)
 - ☐ Internou no hospital
 - ☐ Serviço de saúde de outra cidade
 - ☐ NSA
 - ☐ IGN
- (Ler as alternativas)

O atendimento, nesse último serviço de saúde utilizado, foi por algum convênio, particular ou pelo SUS? Ler as alternativas.

- ☐ Particular
- ☐ Por algum convênio
- ☐ Por algum convênio, com pagamento extra
- ☐ SUS
- ☐ SUS, com pagamento extra
- ☐ NSA
- ☐ IGN

Mesmo não tendo utilizado, o(a) Sr.(a) precisou de atendimento em algum serviço de saúde desde (dia do mês passado)?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ NSA
- ☐ IGN

O(a) Sr.(a) buscou atendimento em algum serviço de saúde desde (dia do mês passado)?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ NSA
- ☐ IGN

O(a) Sr.(a) conseguiu atendimento quando procurou desde (dia do mês passado)?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ NSA
- ☐ IGN

Onde o(a) Sr.(a) buscou atendimento desde (dia do mês passado) e não conseguiu?

- ☐ Posto de saúde
- ☐ Pronto Socorro Municipal
- ☐ Pronto-Atendimentos
- ☐ Ambulatório das Faculdades/Hospital
- ☐ Centro de especialidades
- ☐ Consultórios
- ☐ CAPS
- ☐ Hospital
- ☐ Serviço de saúde de outra cidade
- ☐ NSA
- ☐ IGN

Por que o(a) Sr.(a) não conseguiu atendimento nesse serviço de saúde? Ler as alternativas.

- ☐ Não tinha Médico
- ☐ Não tinha Enfermeiro
- ☐ Não tinha ficha
- ☐ Estava fechado no momento que o(a) Sr.(a) procurou
- ☐ Não podia pagar
- ☐ NSA
- ☐ IGN

O Sr(a) tem algum convênio ou plano de saúde?

- ☐ não
- ☐ sim

Qual seu plano de saúde?

(888) Não sabe

Há um médico/enfermeiro que você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

- ☐ não
- ☐ sim

Quanto tempo faz que o Sr(a) consulta com esse médico/enfermeiro?
_____ anos

(Somente números)

Quanto tempo faz que o Sr(a) consulta com esse médico/enfermeiro?
_____ meses
(88) NSA
(99) IGN

(Somente números)

Onde este médico/enfermeiro costuma lhe atender?

- ☐ posto de saúde
- ☐ clínica privada (Policlínica)
- ☐ ambulatório do SUS
- ☐ consultório médico
- ☐ Pronto Socorro
- ☐ Outro
- ☐ NSA

"Outro"
Qual?

Existe algum posto de saúde que o Sr(a) costuma consultar quando necessário?

- ☐ não
- ☐ sim

Qual o nome do posto?

Neste serviço, em que horário tem médico atendendo?

- ☐ turno da manhã, durante a semana
☐ turno da tarde, durante a semana
☐ turno da manhã e da tarde, durante a semana
☐ turno da manhã, tarde e noite, durante a semana
☐ outros
☐ Não sabe

Qual horário?

Nos últimos 12 meses, quantas vezes o Sr(a) procurou os serviços de urgência e emergência, como pronto-socorro, UPA, UBAI ou Pronto Atendimento de convênio/particulares?

(Somente números)

0, Nenhuma vez
88, NSA
99, IGN

Qual foi o serviço que o Sr(a) procurou?

- ☐ Pronto Socorro Municipal de Pelotas
☐ UPA Areal
☐ UPA Bento Gonçalves
☐ UBAI Navegantes
☐ UBAI Lindóia
☐ Pronto-atendimento da UNIMED
☐ Pronto-atendimento do Saúde Maior, Miguel Piltcher ou
☐ Pronto-atendimento do Hospital São Francisco/Clínicas
☐ Samu
☐ Ambulância particular
☐ Outro, qual?
☐ IGN

Outro, qual?

Para onde o Sr(a) foi encaminhado após utilizar esses serviços?

- ☐ Não fui encaminhado
☐ Médico especialista
☐ Posto de Saúde
☐ Outro, qual?
☐ IGN

Outro, qual?

O(A) Sr(a) já teve COVID-19

- ☐ Não
☐ Sim
☐ IGN

Quando que o Sr(a) foi infectado pela COVID-19?

Se não souber, deixar em branco...

O(a) Sr(a) já fez teste para a COVID-19?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, teste rápido (anticorpos) <input type="radio"/> Sim, teste RT-qPCR (vírus) <input type="radio"/> Algum teste laboratorial, não tem certeza de qual <input type="radio"/> Diagnóstico médico sem a realização de teste laboratorial <input type="radio"/> IGN
Onde o Sr (a) foi tratado para o Coronavírus?	<input type="radio"/> Domicílio <input type="radio"/> Hospital, enfermaria <input type="radio"/> Hospital, na UTI <input type="radio"/> IGN
Algum familiar testou positivo para COVID-19?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> IGN
Onde o familiar foi tratado para a COVID-19?	<input type="radio"/> Domicílio <input type="radio"/> Hospital, enfermaria <input type="radio"/> Hospital, na UTI <input type="radio"/> IGN
O Sr(a) perdeu algum familiar para a COVID-19?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> IGN
O Sr(a) perdeu algum amigo próximo para a COVID-19?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> IGN
O Sr(a) tomou vacina para COVID-19?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Quando o Sr(a) realizou a primeira dose?	<input type="radio"/> Janeiro <input type="radio"/> Fevereiro <input type="radio"/> Março <input type="radio"/> Abril <input type="radio"/> Maio <input type="radio"/> Junho <input type="radio"/> Julho <input type="radio"/> Agosto <input type="radio"/> Setembro <input type="radio"/> Outubro <input type="radio"/> Novembro <input type="radio"/> Dezembro <input type="radio"/> Não sabe

Quando o Sr(a) realizou a segunda dose?	<input type="radio"/> Janeiro <input type="radio"/> Fevereiro <input type="radio"/> Março <input type="radio"/> Abril <input type="radio"/> Maio <input type="radio"/> Junho <input type="radio"/> Julho <input type="radio"/> Agosto <input type="radio"/> Setembro <input type="radio"/> Outubro <input type="radio"/> Novembro <input type="radio"/> Dezembro <input type="radio"/> Ainda vou tomar <input type="radio"/> não quis/pude tomar a segunda dose <input type="radio"/> Não se aplica (dose única) <input type="radio"/> Não sabe
Qual a marca da vacina que o Sr(a) tomou?	<input type="radio"/> CoronaVac/Butantan <input type="radio"/> AstraZeneca/Oxford/FIOCRUZ <input type="radio"/> Sputnik V <input type="radio"/> Johnson & Johnson <input type="radio"/> Moderna <input type="radio"/> Pfizer <input type="radio"/> Outra, qual? <input type="radio"/> Não sabe
Outra, qual?	<hr/>
O(a) senhor(a) tomou a vacina da gripe em 2020?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
O(a) senhor(a) tomou a vacina da gripe em 2021?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) consultou com o dentista?	<input type="radio"/> Nos últimos 6 meses <input type="radio"/> De 7 a 12 meses <input type="radio"/> Entre 1 e 2 anos <input type="radio"/> Mais de 2 anos <input type="radio"/> IGN
Qual o local que o Sr(a) foi na sua última visita ao dentista?	<input type="radio"/> Serviço Público <input type="radio"/> Serviço Particular <input type="radio"/> Convênio <input type="radio"/> IGN
Qual foi o motivo da sua última consulta com o(a) dentista?	<input type="radio"/> Rotina/manutenção <input type="radio"/> Estava com dor <input type="radio"/> Estava com sangramento ou inflamação na gengiva <input type="radio"/> Estava com cárie/restauração/obturação <input type="radio"/> Tinha alguma ferida, caroço ou manchas na boca <input type="radio"/> Estava com o rosto inchado <input type="radio"/> Precisava fazer tratamento de canal <input type="radio"/> Precisava arrancar algum dente <input type="radio"/> Outros <input type="radio"/> IGN
"Outro"	<hr/>
Relate o motivo	<hr/>

BLOCO F - AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E MORBIDADES

Record ID

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE E DOENÇAS QUE JÁ TEVE

Como o(a) Sr(a) considera sua saúde?

- ☐ Péssima
- ☐ Ruim
- ☐ Regular
- ☐ Boa
- ☐ Ótima
- ☐ IGN

Comparado com a sua saúde em 2019 (antes da pandemia) o(a) Sr(a) diria que sua saúde hoje é:

- ☐ Melhor
 - ☐ Mesma coisa
 - ☐ Pior
 - ☐ IGN
- (Perguntar e em seguida ler as opções de resposta)

Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o(a) Sr(a) diria que sua saúde está:

- ☐ Melhor
 - ☐ Igual
 - ☐ Pior
 - ☐ IGN
- (Perguntar e em seguida ler as opções de resposta. Caso o entrevistado pergunte "COMPARADO COM QUEM?" peça para ele se comparar com alguém de mesma idade.)

De 0 a 10, como o Sr(a) avalia seu grau de satisfação com a vida de modo geral?

- ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5
 - ☐ 6
 - ☐ 7
 - ☐ 8
 - ☐ 9
 - ☐ 10
- (10 representa o máximo de satisfação com a vida e 1 representa o nível mais baixo de satisfação)

Como o(a) Sr(a) avalia a qualidade do seu sono?

- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim
- ☐ Não sabe/não respondeu

PENSANDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, quantas horas, em média, no total, por noite o Sr(a) dorme?

88 (NSA)

99 (IGN)

(Somente números)

Nos últimos doze meses, o(a) sr(a) teve dor nas costas?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ IGN

Com que frequência sente a boca seca?

- ☐ Nunca,
☐ Ocasionalmente
☐ Com frequência
☐ Sempre

Em algum momento da sua vida algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem:

Asma?

- ☐ Não
☐ Sim

Bronquite crônica?

- ☐ Não
☐ Sim

Enfisema pulmonar?

- ☐ Não
☐ Sim

Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)?

- ☐ Não
☐ Sim

O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da doença no pulmão?

- ☐ Usa medicamentos (comprimidos)
☐ Usa medicamentos por inalação, como "bombinha", cápsulas de pó ou inalador de pó seco
☐ Faz uso de nebulização
☐ Usa oxigênio
☐ Fisioterapia respiratória
☐ Faz acompanhamento regular com profissional de saúde
(Pode marcar mais de uma opção)

Desde [mês] do ano passado, o Sr.(a) teve crises ou sintomas desta(s) doença(s), como chiado no peito, tosse ou falta de ar?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ NSA
☐ IGN

Por qual motivo o(a) Sr.(a) não usa remédio por inalação: "bombinha", cápsulas de pó ou inalador de pó seco?

- ☐ Não recebi orientação médica.
☐ Falta do remédio na rede pública ou não pôde comprar.
☐ Medo do remédio fazer mal para o coração, dar tremedeira ou de algum outro efeito colateral.
☐ Não precisei usar.
☐ Acho difícil usar este tipo de remédio.
☐ Outro
☐ NSA
☐ IGN
(Não ler alternativas)

Quem indicou o uso desse medicamento?

- ☐ Pneumologista
☐ Alergista
☐ Clínico geral
☐ Outra pessoa sem ser médico
☐ NSA
☐ IGN

Se a indicação foi realizada por um médico: ele demonstrou como usar o medicamento?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ NSA
☐ IGN

Qual a forma de aquisição desse medicamento (inalador dosimetrado/"bombinha")?

- ☐ Rede pública
☐ Rede pública - após ação judicial
☐ Programa Farmácia Popular
☐ Farmácia comum
☐ NSA
☐ IGN

Qual a frequência de uso do inalador dosimetrado/"bombinha":

- ☐ Diário sem prazo definido para parar (uso crônico)
☐ Quando tem sintomas (uso eventual)
☐ NSA
☐ IGN

EM ALGUM MOMENTO DA SUA VIDA ALGUM MÉDICO JÁ DISSE QUE O(A) SR(A)

Osteoporose ou ossos fracos?

- ☐ Não
☐ Sim

Artrite, artrose ou reumatismo?

- ☐ Não
☐ Sim

Hipertensão, "pressão alta", mesmo que controlada?

- ☐ Não
☐ Sim

Diabetes, "açúcar no sangue", mesmo que controlada?

- ☐ Não
☐ Sim

Problema do coração (Insuficiência cardíaca, coração fraco, coração grande)?

- ☐ Não
☐ Sim

Doença de Parkinson?

- ☐ Não
☐ Sim

Doença renal ou perda das funções dos rins?

- ☐ Não
☐ Sim

Doença da próstata?

- ☐ Não
☐ Sim
(somente para homens)

Problemas na tireoide (hipotireoidismo ou hipertireoidismo)?

- ☐ Não
☐ Sim

Glaucoma?

- ☐ Não
☐ Sim

Catarata?

- ☐ Não
☐ Sim

Alzheimer?

- ☐ Não
☐ Sim

Incontinência urinária ou fecal?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Alguma doença crônica no fígado (como hepatite e cirrose)?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Alguma dor crônica (considerar problemas de lombar, coluna, ou outro tipo de dor muscular crônica)?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Alguma outra doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração)?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Qual ou quais doenças?	<div>(Especificar todas que o entrevistado relatar)</div>
Algum desses diagnósticos médicos foi recebido depois do início da pandemia (março de 2020)?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Qual ou quais doenças?	<div><input type="checkbox"/> Asma? <input type="checkbox"/> Bronquite crônica? <input type="checkbox"/> Enfisema pulmonar? <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)? <input type="checkbox"/> Osteoporose? <input type="checkbox"/> Artrite, artrose ou reumatismo? <input type="checkbox"/> Hipertensão? <input type="checkbox"/> Diabetes? <input type="checkbox"/> Problema do coração? <input type="checkbox"/> Doença de Parkinson? <input type="checkbox"/> Doença renal ou perda das funções dos rins? <input type="checkbox"/> Doença da próstata? <input type="checkbox"/> Problemas na tireoide? <input type="checkbox"/> Glaucoma? <input type="checkbox"/> Alzheimer? <input type="checkbox"/> Incontinência urinária ou fecal? <input type="checkbox"/> Alguma doença crônica no fígado? <input type="checkbox"/> Alguma dor crônica? <input type="checkbox"/> Alguma outra doença de longa duração? (Selecionar todas que o entrevistado relatar)</div>

Desde [considerar um ano atrás] até agora, algum médico disse que o(a) Sr(a) tem ou teve:

Angina?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> IGN
Derrame cerebral ou AVC?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> IGN
Quantas vezes? __ __	<div>(Somente números)</div>
Colesterol alto ou gordura no sangue?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> IGN

Ataque epilético ou convulsões?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ IGN

Quantas vezes? __ __

(Somente números)

Depressão?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ IGN

Úlcera no estômago?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ IGN

Infecção urinária?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ IGN

Quantas vezes? __ __

(Somente números)

Gripe/resfriado?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ IGN

Quantas vezes? __ __

(Somente números)

Pneumonia?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ IGN

Quantas vezes? __ __

(Somente números)

Alguma vez um médico disse que o(a) Sr(a) estava /
está com câncer?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ NSA

Há quanto tempo: __ __ anos

(99) IGN

(Somente números. Colocar o tempo do último diagnóstico.)

Há quanto tempo: __ __ meses

(99) IGN

(Somente números. Colocar o tempo do último diagnóstico.)

Em que lugar do corpo:

O Sr(a) ainda está em tratamento para este câncer?

- ☐ Não
☐ Sim

Quantos tipos diferentes de remédios o Sr(a) utiliza?

(0) NENHUM
(99) IGN

(Somente medicamentos de uso contínuo - todos os dias. Somente números.)

O Sr(a) faz algum outro tipo de tratamento?

	Não	Sim	IGN
Hemodiálise?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quimioterapia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radioterapia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Qual o quais tratamentos?

O Sr(a) caiu alguma vez nos últimos 12 meses?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ IGN

Quantas vezes: __

(Somente números)

[NOS ÚLTIMOS 30 DIAS] o(a) Sr(a) precisou ficar na cama (esteve acamado)?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ IGN

quanto tempo: __ __ anos

(99) IGN

(Somente números. Especificar o tempo que o participante ficou acamado.)

quanto tempo: __ __ meses

(99) IGN

(Somente números. Especificar o tempo que o participante ficou acamado.)

Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) foi internado em um hospital por 24 horas ou mais?

- ☐ não
☐ sim, uma vez
☐ sim, duas vezes
☐ sim, três vezes
☐ sim, quatro vezes
☐ sim cinco ou mais vezes

Na última internação, por quantos dias o(a) Sr(a) ficou no hospital? Colocar o tempo em dias.

(Somente números)

BLOCO G - SAÚDE MENTAL e H - FRAGILIDADE/INCAPACIDADE

Record ID _____

PHQ-9**AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**

Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?

- ☐ Nenhum dia
☐ Menos de uma semana
☐ Uma semana ou mais
☐ Quase todos os dias
(Ler as opções de respostas)

Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?

- ☐ Nenhum dia
☐ Menos de uma semana
☐ Uma semana ou mais
☐ Quase todos os dias
(Ler as opções de respostas)

Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?

- ☐ Nenhum dia
☐ Menos de uma semana
☐ Uma semana ou mais
☐ Quase todos os dias
(Ler as opções de respostas)

Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?

- ☐ Nenhum dia
☐ Menos de uma semana
☐ Uma semana ou mais
☐ Quase todos os dias
(Ler as opções de respostas)

Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais?

- ☐ Nenhum dia
☐ Menos de uma semana
☐ Uma semana ou mais
☐ Quase todos os dias
(Ler as opções de respostas)

Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?

- ☐ Nenhum dia
☐ Menos de uma semana
☐ Uma semana ou mais
☐ Quase todos os dias
(Ler as opções de respostas)

Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?

- ☐ Nenhum dia
☐ Menos de uma semana
☐ Uma semana ou mais
☐ Quase todos os dias
(Ler as opções de respostas)

Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?

- ☐ Nenhum dia
☐ Menos de uma semana
☐ Uma semana ou mais
☐ Quase todos os dias
(Ler as opções de respostas)

Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?

- ☐ Nenhum dia
☐ Menos de uma semana
☐ Uma semana ou mais
☐ Quase todos os dias
(Ler as opções de respostas)

Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

- ☐ Nenhuma dificuldade
☐ Pouca dificuldade
☐ Muita dificuldade
☐ Extrema dificuldade
(Ler as opções de respostas)

GAD-7

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer dos problemas abaixo?

Se sentiu nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a?

- ☐ Nenhum dia
☐ Menos de uma semana
☐ Uma semana ou mais
☐ Quase todos os dias
(Ler as opções de respostas)

Não foi capaz de impedir ou de controlar as preocupações?

- ☐ Nenhum dia
☐ Menos de uma semana
☐ Uma semana ou mais
☐ Quase todos os dias
(Ler as opções de respostas)

Se preocupou muito com diversas coisas?

- ☐ Nenhum dia
☐ Menos de uma semana
☐ Uma semana ou mais
☐ Quase todos os dias
(Ler as opções de respostas)

Teve dificuldade para relaxar?

- ☐ Nenhum dia
☐ Menos de uma semana
☐ Uma semana ou mais
☐ Quase todos os dias
(Ler as opções de respostas)

Ficou tão agitado/a que se tornou difícil permanecer sentado/a?

- ☐ Nenhum dia
☐ Menos de uma semana
☐ Uma semana ou mais
☐ Quase todos os dias
(Ler as opções de respostas)

Ficou facilmente aborrecido/a ou irritado/a?

- ☐ Nenhum dia
☐ Menos de uma semana
☐ Uma semana ou mais
☐ Quase todos os dias
(Ler as opções de respostas)

Sentiu medo como se algo horrível fosse acontecer?

- ☐ Nenhum dia
☐ Menos de uma semana
☐ Uma semana ou mais
☐ Quase todos os dias
(Ler as opções de respostas)

QUESTIONÁRIO MOS-SSS

Instrução: Por favor, responda as perguntas a seguir informando: "Se você precisar, com que frequência conta com alguém..." e após um grupo de perguntas será questionado quem lhe ajuda na maioria das vezes.

APOIO MATERIAL

Se você precisar, com que frequência conta com alguém que o ajude, se ficar de cama?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Quase sempre
☐ Sempre

Para levá-lo ao médico?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Quase sempre
☐ Sempre

Para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Quase sempre
☐ Sempre

Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Quase sempre
☐ Sempre

Por favor, agora mencione a pessoa principal que você pode contar nestas situações.

- ☐ Mãe
- ☐ Pai
- ☐ Filha
- ☐ Filho
- ☐ Esposa
- ☐ Esposo
- ☐ Avó
- ☐ Avô
- ☐ Amiga
- ☐ Amigo
- ☐ Vizinha
- ☐ Vizinho
- ☐ Tia
- ☐ Tio
- ☐ Sobrinha
- ☐ Sobrinho
- ☐ Prima
- ☐ Primo
- ☐ Irmão
- ☐ Irmã
- ☐ Outro
- ☐ Namorado(a)/Companheiro(a)
- ☐ IGN
- ☐ NSA

APOIO AFETIVO

Se você precisar, com que frequência conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

Que lhe dê um abraço?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

Que você ame e que faça você se sentir querido?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

Por favor, agora mencione a pessoa principal que você pode contar nestas situações.

- ☐ Mãe
- ☐ Pai
- ☐ Filha
- ☐ Filho
- ☐ Esposa
- ☐ Esposo
- ☐ Avó
- ☐ Avô
- ☐ Amiga
- ☐ Amigo
- ☐ Vizinha
- ☐ Vizinho
- ☐ Tia
- ☐ Tio
- ☐ Sobrinha
- ☐ Sobrinho
- ☐ Prima
- ☐ Primo
- ☐ Irmão
- ☐ Irmã
- ☐ Outro
- ☐ Namorado(a)/Companheiro(a)
- ☐ IGN
- ☐ NSA

APOIO EMOCIONAL

Se você precisar, com que frequência conta com alguém para ouvi-lo quando você precisa falar?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

Que compreenda seus problemas?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

Por favor, agora mencione a pessoa principal que você pode contar nestas situações.

- ☐ Mãe
- ☐ Pai
- ☐ Filha
- ☐ Filho
- ☐ Esposa
- ☐ Esposo
- ☐ Avó
- ☐ Avô
- ☐ Amiga
- ☐ Amigo
- ☐ Vizinha
- ☐ Vizinho
- ☐ Tia
- ☐ Tio
- ☐ Sobrinha
- ☐ Sobrinho
- ☐ Prima
- ☐ Primo
- ☐ Irmão
- ☐ Irmã
- ☐ Outro
- ☐ Namorado(a)/Companheiro(a)
- ☐ IGN
- ☐ NSA

APOIO INFORMACIONAL

Se você precisar, com que frequência conta com alguém para dar bons conselhos em situações de crise?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

Para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

De quem você realmente quer conselhos?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

Por favor, agora mencione a pessoa principal que você pode contar nestas situações.

- ☐ Mãe
- ☐ Pai
- ☐ Filha
- ☐ Filho
- ☐ Esposa
- ☐ Esposo
- ☐ Avó
- ☐ Avô
- ☐ Amiga
- ☐ Amigo
- ☐ Vizinha
- ☐ Vizinho
- ☐ Tia
- ☐ Tio
- ☐ Sobrinha
- ☐ Sobrinho
- ☐ Prima
- ☐ Primo
- ☐ Irmão
- ☐ Irmã
- ☐ Outro
- ☐ Namorado(a)/Companheiro(a)
- ☐ IGN
- ☐ NSA

APOIO INTERAÇÃO SOCIAL POSITIVA

Se você precisar, com que frequência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

Com quem distrair a cabeça?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

Com quem relaxar?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

Para se divertir junto?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

Por favor, agora mencione a pessoa principal que você pode contar nestas situações.

- ☐ Mãe
- ☐ Pai
- ☐ Filha
- ☐ Filho
- ☐ Esposa
- ☐ Esposo
- ☐ Avó
- ☐ Avô
- ☐ Amiga
- ☐ Amigo
- ☐ Vizinha
- ☐ Vizinho
- ☐ Tia
- ☐ Tio
- ☐ Sobrinha
- ☐ Sobrinho
- ☐ Prima
- ☐ Primo
- ☐ Irmão
- ☐ Irmã
- ☐ Outro
- ☐ Namorado(a)/Companheiro(a)
- ☐ IGN
- ☐ NSA

BLOCO G - FRAGILIDADE/INCAPACIDADE

ESTE BLOCO DEVE SER APLICADO A PESSOAS COM 50 ANOS OU MAIS

Nos últimos 12 meses, o(a) sr.(a) perdeu peso sem fazer nenhuma dieta?

- ☐ Não
- ☐ Sim, entre 1 e 3kg
- ☐ Sim, mais de 3kg

Nos últimos 12 meses (último ano), o(a) Sr(a) sente mais enfraquecido, acha que sua força diminuiu?

- ☐ não
- ☐ sim

O(A) Sr(a) acha que hoje está caminhando mais devagar do que caminhava há 12 meses atrás (há um ano)?

- ☐ não
- ☐ sim

O(A) Sr(a) acha que faz menos atividades físicas do que fazia há 12 meses atrás (há um ano)?

- ☐ não
- ☐ sim

Com que frequência, na última semana, o(a) Sr.(a) sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas (iniciava alguma coisa mas não conseguia terminar):

- ☐ Nunca ou raramente (menos de 1 dia)
- ☐ Poucas vezes (1 - 2 dias)
- ☐ Algumas vezes (3 - 4 dias)
- ☐ A maior parte do tempo

Com que frequência, na última semana, a realização de suas atividades rotineiras exigiu do(a) Sr.(a) um grande esforço para serem realizadas:

- ☐ Nunca ou raramente (menos de 1 dia)
- ☐ Poucas vezes (1 - 2 dias)
- ☐ Algumas vezes (3 - 4 dias)
- ☐ A maior parte do tempo

Pensando em 2019, ou início de 2020, (antes da pandemia) o (a) Sr(a) diria que hoje sua força, capacidade para caminhar e/ou fazer atividades rotineiras ficou: Perguntar e em seguida ler as opções de resposta.

- ☐ Melhor
- ☐ Mesma coisa
- ☐ Pior
- ☐ IGN

O(A) Sr(a) recebe alguma ajuda para:

Tomar seu banho?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, sempre <input type="radio"/> Sim, às vezes <input type="radio"/> IGN
------------------	--

Se vestir?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, sempre <input type="radio"/> Sim, às vezes <input type="radio"/> IGN
------------	--

Passar da cama para uma cadeira?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, sempre <input type="radio"/> Sim, às vezes <input type="radio"/> IGN
----------------------------------	--

Ir a lugares distantes, usando ônibus ou táxi?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, sempre <input type="radio"/> Sim, às vezes <input type="radio"/> IGN
--	--

Usar o banheiro para suas necessidades?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, sempre <input type="radio"/> Sim, às vezes <input type="radio"/> IGN
---	--

Alimentar-se?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, sempre <input type="radio"/> Sim, às vezes <input type="radio"/> IGN
---------------	--

Pensando em 2019, ou no início de 2020, (antes da pandemia) o (a) Sr(a) diria que hoje sua capacidade para tomar banho, se vestir, ir de um lugar para o outro, usar o banheiro e/ou alimentar-se ficou: Perguntar e em seguida ler as opções de resposta.	<input type="radio"/> Melhor <input type="radio"/> Mesma coisa <input type="radio"/> Pior <input type="radio"/> IGN
---	--

Eventos estressores

Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) vivenciou a morte de cônjuge ou companheiro(a), filho(a) ou de outro ente querido?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> IGN
---	---

Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) vivenciou uma doença grave, sua ou de algum ente querido?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> IGN
--	---

Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) vivenciou desemprego, divórcio ou problemas financeiros?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> IGN
---	---

Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) ou algum morador da casa foi vítima de violência (assalto, roubo, agressão física, tentativa de morte)?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> IGN
--	---

O(A) participante está respondendo a entrevista sozinho(a)?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim (Não perguntar)
---	---

Nos últimos 12 meses você ou um familiar utilizou algum serviço de saúde por motivo de violência?

- ☐ Não
☐ Sim

Qual faixa etária do agredido?

- ☐ criança
☐ adolescente
☐ adulto jovem (18 a 29 anos)
☐ adulto (30 a 59)
☐ idoso

Qual o serviço utilizado?

- ☐ Posto de Saúde
☐ Pronto Socorro Municipal
☐ Pronto-Atendimento
☐ Ambulatório das Faculdades/Hospital
☐ Centro de especialidades
☐ Consultório
☐ CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)
☐ Internou no hospital
☐ Serviço de saúde de outra cidade
☐ NSA
☐ IGN
(Colocar o serviço que o participante relatou)

Horário final

FIM DO QUESTIONÁRIO. CLIQUE EM "SALVAR REGISTRO" PARA SALVAR E ENCERRAR O QUESTIONÁRIO.