

**MODELO DE
PESQUISA
SOBRE
INCAPACIDADE**

Módulo 0000: FOLHA DE ROSTO

H0001	Número do centro de pesquisa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H0002	Identificação do domicílio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H0003	Identificação do entrevistador	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H0004	Número total de ligações/visitas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H0005	Data do resultado final: (dd/mm/aaaa)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H0006	Código do resultado final – domicílio: <i>Para códigos consulte Módulo 0200: REGISTRO DO CONTATO, item E.</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H0007	Código do resultado final – questionário individual: <i>Para códigos consulte Módulo 0000 do questionário individual: REGISTRO DO CONTATO, item E.</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H0008	Data de conclusão da edição de dados (dd/mm/aaaa)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H0009	Código do supervisor:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H0010	Assinatura do supervisor:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H0011	Data de inserção dos dados (dd/mm/aaaa)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Módulo 0200: REGISTROS DOS CONTATOS

CONTATO	H0201 LIGAÇÃO #1	H0201 LIGAÇÃO #2	H0201 LIGAÇÃO #3
A. Data	Dia <input type="text"/>	Dia <input type="text"/>	Dia <input type="text"/>
	Mês <input type="text"/>	Mês <input type="text"/>	Mês <input type="text"/>
	Ano <input type="text"/>	Ano <input type="text"/>	Ano <input type="text"/>
B. Horário de Contato	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
C. Identificação do Entrevistador	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D. Fez contato com:			
1 = O informante do domicílio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 = Outro membro do domicílio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 = Ninguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. CÓDIGO DO RESULTADO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENTREVISTADOR: INSIRA o código do resultado final no Módulo 0000: Folha de Rosto, Q0006.

1. Realizada
 - 1.1. Integralmente
 - 1.2. Parcialmente
2. Fechado
3. Recusa
 - 3.1 Morador selecionado
 - 3.2 Outro morador
- 4 Vago
- 5 Uso ocasional

QUESTIONÁRIO DOMICILIAR

Módulo 1000: LISTA DE MORADORES DO DOMICÍLIO

Horário de Início :

Meu nome é _____ e eu trabalho para _____. Estou entrando em contato porque estamos realizando uma pesquisa sobre saúde no [país] e gostaria de fazer algumas perguntas. Garanto que todas as informações fornecidas serão tratadas de forma totalmente confidencial e apenas serão utilizadas para fins de pesquisa. [ENTREVISTADOR: Explique os objetivos da pesquisa e a necessidade de um consentimento informado, de acordo com o manual].

Para determinar quem devo entrevistar, preciso saber quem mora aqui. Ou seja, as pessoas que fazem refeições juntas e que convivem por pelo menos doze meses ao ano. Novamente, garanto que as informações fornecidas são totalmente confidenciais. Também preciso saber quem é o principal provedor de renda. E preciso saber a idade, o sexo e o parentesco com o principal provedor de renda de todos que moram aqui. Inclua também moradores que atualmente estão em alguma instituição devido a problemas de saúde, por curto período de tempo (por exemplo: hospitais ou casas de repouso). O principal provedor de renda pode ser homem ou mulher. Caso duas pessoas sejam os principais provedores de renda, preciso falar com a pessoa mais velha.

H1001	Quantas pessoas no total moram aqui?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pessoas (s)	Número _____			
H1002	Quantas pessoas com menos de 18 anos moram aqui?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Criança(s)/adolescente(s)	Caso não haja crianças/adolescentes, vá para H1006			
H1003	Essa criança tem / Quantas dessas crianças têm menos de cinco anos de idade?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Criança(s)				
H1004	Essa criança tem / Quantas dessas crianças têm entre cinco e doze anos de idade?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Criança(s)				
H1005	Esse adolescente tem / Quantos desses adolescentes têm entre treze e dezessete anos de idade?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adolescente(s)				
Por favor, informe o primeiro nome de todos os moradores dessa residência. Os primeiros nomes servirão apenas para me orientar e serão apagados posteriormente. Mais uma vez, gostaria de enfatizar que todas as informações fornecidas durante a entrevista serão tratadas de modo estritamente confidencial. ENTREVISTADOR: Colete todas as informações sobre o principal provedor de renda (primeira coluna) e prossiga para os outros membros do domicílio, preenchendo coluna por coluna.		Número do indivíduo (membro do domicílio)				
		01 (Principal provedor de renda)	2	3	4	5
H1006	Primeiro nome					
H1007	Qual é o parentesco de [NOME] com o principal provedor de renda?					
	01 = Cônjuge		1	1	1	1
	02 = Filho(a)		2	2	2	2
	03 = Genro ou nora		3	3	3	3
	04 = Neto(a)		4	4	4	4
	05 = Pai/mãe		5	5	5	5
	06 = Sogro(a)		6	6	6	6
	07 = Irmão(ã)		7	7	7	7
	08 = Avô(avó)		8	8	8	8
	09 = Outro parentesco		9	9	9	9
	10 = Sem parentesco (amigo, funcionário, inquilino, locador, outros)		10	10	10	10
	88 = Não sabe		88	88	88	88
H1008	[NOME] é do sexo masculino ou feminino?					
	1=Masculino	1	1	1	1	1
	2=Feminino	2	2	2	2	2
H1009	Quantos anos ele/ela tem? Entrevistador: Preencha a idade em anos					

	10 = Sem parentesco (amigo, funcionário, inquilino, locador, outros)	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	88 = Parentesco desconhecido	88	88	88	88	88	88	88	88	88
H1008	[NOME] é do sexo masculino ou feminino?									
	1=Masculino	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2= Feminino	2	2	2	2	2	2	2	2	2
H1009	Quantos anos ele/ela tem? <i>Entrevistador: Preencha a idade em anos</i>									
H1010	[NOME] precisa de cuidado ou apoio financeiro, como dinheiro para pagar contas, mensalidades, alimentos ou remédios?	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)
H1011	[NOME] precisa de cuidados ou apoio físico, como ajuda para comer, vestir-se, tomar banho, andar pela casa; ou assistência com assuntos fora da residência, como transporte?	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)
H1012	[NOME] precisa de cuidados ou apoio emocional, como conforto, orientação ou aconselhamento?	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)
H1013	[NOME] necessita de assistência nas questões de saúde, como administrar medicações, trocar curativos ou na contratação de profissionais de saúde?	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)	1 (sim) 5 (não)

Agora irei fazer algumas perguntas sobre a renda da sua família.

H1016	Quantas pessoas no domicílio trabalham e recebem salário ou pagamento?	[]
H1017	Considerando todas as pessoas que moram aqui e que trabalham e recebem salário ou pagamento: qual é em média a renda total por mês?	[]
H1018	Quantas pessoas no domicílio não trabalham, mas estão ativamente à procura de trabalho remunerado?	[]
H1019	Vamos supor que sua família vendeu tudo o que tem e usou o dinheiro para quitar todas as dívidas que tinha. Qual seria a situação financeira da sua família? Apenas preciso de uma estimativa.	1 Teríamos algum dinheiro sobrando 2 Ainda teríamos dívidas para quitar, pois não temos o suficiente 3 As nossas dívidas consumiriam todo o dinheiro 8 Não sei 9 Recusado
H1020	Quanto? Novamente, preciso apenas de uma estimativa. <i>ENTREVISTADOR: MOSTRE O CARTÃO 01</i>	Letra <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H1021	<u>Nos últimos 12 meses</u> , a sua família teve alguma dificuldade financeira para pagar as contas, como conta de luz, água ou telefone?	1 (sim) 5 (não)
H1022a	<i>ENTREVISTADOR: Quem foi o informante da casa? Registre o número do indivíduo (membro da casa) fornecido na Lista de Moradores do Domicílio</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H1022	<i>ENTREVISTADOR: Quem é o indivíduo selecionado? Favor escrever o primeiro nome</i>	_____
H1023	<i>ENTREVISTADOR: Registre o número do indivíduo (membro do domicílio) dado na Descrição do Domicílio. O número do indivíduo também será registrado na questão I1001 no Módulo 1000.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

Módulo 0000: REGISTRO DOS CONTATOS

CONTATO	H0001 LIGAÇÃO #1	H0002 LIGAÇÃO #2	H0003 LIGAÇÃO #3
A. Data	Dia <input type="text"/> <input type="text"/> Mês <input type="text"/> <input type="text"/> Ano <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Dia <input type="text"/> <input type="text"/> Mês <input type="text"/> <input type="text"/> Ano <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Dia <input type="text"/> <input type="text"/> Mês <input type="text"/> <input type="text"/> Ano <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B. Horário do Contato	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
C. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
D. Contato realizado com 1= Informante selecionado 2= Outro membro do domicílio 3= Ninguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. CÓDIGO DO RESULTADO	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

ENTREVISTADOR: Informe o código do resultado final no Módulo 0000: Folha de Rosto, Q0006.

1. Realizada
 - 1.1. Integralmente
 - 1.2. Parcialmente
2. Fechado
3. Recusa
 - 3.1 Morador selecionado
 - 3.2 Outro morador
- 4 Vago
- 5 Uso ocasional

Módulo 0100: ELEGIBILIDADE

I0101	<i>ENTREVISTADOR: O respondente possui limitações cognitivas evidentes que o impedem de ser entrevistado?</i>	1 Sim 5 Não	Se 5, vá para I0104
I0102	<i>Gostaríamos de fazer algumas perguntas a alguém que o conhece sobre a saúde do respondente.</i> <i>ENTREVISTADOR: quem é o representante?</i>	1 Cônjuge 2 Não cônjuge	
I0103	<i>ENTREVISTADOR: Indique quem é o "Respondente selecionado" Registre o número do indivíduo (membro do domicílio) retirado da Lista de Moradores do Domicílio. O número do Indivíduo também será registrado em I1001 no módulo 1000.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
ENTREVISTADOR: VÁ PARA O TERMO DE CONSENTIMENTO E QUESTIONÁRIO DO REPRESENTANTE			
I0104	<i>ENTREVISTADOR: Houve concordância e assinatura do termo de consentimento? Houve concordância, mas foi assinado por testemunha ou recusado?</i>	1 Concordou e assinou 2 Concordou, mas uma testemunha assinou 3 Recusou-se	

Módulo 1000: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

ENTREVISTADOR: Por favor selecione aleatoriamente um membro do domicílio que não seja uma criança (consulte o procedimento no manual)

Horário de Início :

Gostaria de fazer algumas perguntas sobre você e sobre como você vive a sua vida.
Garanto que as informações fornecidas são totalmente confidenciais.

I1001	Número do indivíduo adulto, registrado na Descrição do Domicílio.	[]	
I1002	Qual é sua língua materna? Língua materna é a primeira língua que você aprendeu, a língua na qual você se expressa por completo ou com a qual se identifica voluntariamente.	1 Português 7 Outro, especificar:	
I1003	<i>ENTREVISTADOR: registre o sexo do participante</i>	1 Masculino 2 Feminino	
I1004	Qual é a sua data de nascimento, incluindo dia, mês e ano? DD / MM / AAAA	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 00/0000 Não sabe	Se a data for informada, vá para I1006
I1005	Quantos anos você tem? <i>ENTREVISTADOR: idade desde o último aniversário. Caso não saiba - investigue.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Idade em anos	
I1006	Em que país você nasceu? <i>ENTREVISTADOR: consulte a lista com os códigos dos países.</i>	Código do país 1 País da entrevista 2 Outro (especificar <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 997 Recusado 888 Não sabe	Se 1, vá para I1008
I1007	Quantos anos você tinha <u>quando veio para este país pela primeira vez</u> ?	<input type="text"/> <input type="text"/> Anos 997 Recusado 888 Não sabe	
I1008	Você é <u>cidadão</u> brasileiro?	1 Sim 5 Não 97 Recusado 88 Não sabe	
I1009	Você possui <u>cidadania em outro país</u> ?	1 Sim 5 Não 97 Recusado 88 Não sei	Se 5, vá para I1011
I1010	De qual país? <i>ENTREVISTADOR: consulte a lista com os códigos dos países.</i>	Código do País <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 97 Recusado 88 Não sei	
I1011	Qual é o seu estado civil atual?	1 Solteiro(a) 2 Casado(a) 3 União estável 4 Separado(a)/divorciado(a) 5 Viúvo(a)	Se 1, vá para I1014 Se 2 ou 3, vá para I1013 Se 4 ou 5, vá para I1012
I1012	Há quantos anos você está separado, divorciado ou viúvo? <i>ENTREVISTADOR: Caso esteja há menos de 1 ano, insira "00"</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> Número de anos 88 Não sei	Vá para I1014
I1013	Há quantos anos você está casado ou em uma união estável? <i>ENTREVISTADOR: Caso esteja há menos de 1 ano, insira "00"</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> Número de anos 88 Não sei	

I1014	Qual é o nível máximo de escolaridade que você completou? <i>ENTREVISTADOR: Se o principal provedor de renda estiver sendo entrevistado, pule essa pergunta.</i>	1 Sem escolaridade ou Ensino Fundamental Incompleto 2 Ensino Fundamental 3 Ensino Técnico 4 Ensino Médio 5 Ensino Superior 6 Pós-Graduação 7 Maior nível de escolaridade	Se 1, vá para I1016
I1015	Quantos anos de estudo, incluindo no ensino superior, você concluiu?	<input type="text"/> <input type="text"/> Número de anos 88 Não sei	Vá para I1018
I1016	Você precisou interromper os seus estudos?	1 Sim 5 Não	
I1017	Qual foi a principal razão para nunca ter estudado ou ter interrompido os estudos?	1 Indisponibilidade de escolas 2 Reprovou nas provas 3 Queria começar a trabalhar 4 Para me casar 5 Gravidez 6 Meus pais não quiseram que eu continuasse os estudos 7 Por questões financeiras (por exemplo: incapaz de arcar com as despesas, muito pobre, precisa de renda para sustentar a família) 8 Por questões de acessibilidade (por exemplo: inacessibilidade de escola, escola muito longe, sem possibilidade de ensino à distância) 9 Problema de saúde ou deficiência 10 Outro	
I1018	Qual é a sua cor ou raça?	1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena 6. Não quer declarar 87 Outro	

Módulo 2000: HISTÓRICO EMPREGATÍCIO E DE BENEFÍCIOS

Agora farei algumas perguntas sobre o seu trabalho atual ou passado.

As perguntas são sobre o tipo e a jornada do seu trabalho atual ou passado. Sobre os benefícios, caso tenha recebido ou recebe como parte do seu trabalho, além das razões pelas quais não está trabalhando atualmente.

I2001	Como você sabe, algumas pessoas aceitam empregos pelos quais são remuneradas com salário. Outras pessoas vendem coisas, são donas de seus próprios negócios, ou trabalham em propriedades rurais familiares ou empresas familiares. Alguma vez na sua vida você já trabalhou em algum trabalho deste tipo?	1 Sim 5 Não	Se 1, vá para I2003
I2002	Qual é a principal razão pela qual você nunca trabalhou para obter renda?	1 Condição de saúde ou deficiência 2 Ainda em treinamento 3 Responsabilidades pessoais com a família 4 Não consegue achar um trabalho adequado 5 Não sabe como ou onde procurar trabalho 6 Ainda não começou a procurar trabalho 7 Não tem nenhuma necessidade financeira 8 Pais ou cônjuge não deixaram trabalhar 9 Nenhuma razão mencionada 10 Outro	Se 1, vá para I2009.
I2003	Com que idade você começou a trabalhar com remuneração?	<input type="text"/> <input type="text"/> Idade em anos 88 Não sei	Vá para I2005. Se 88, vá para I2004.
I2004	Há quantos anos você começou a trabalhar?	Há <input type="text"/> <input type="text"/> anos	
I2005	Qual é a sua situação atual de trabalho?	1 Não está trabalhando (por exemplo, dona de casa, etc.) 2 Trabalha (em tempo integral ou meio período) para um empregador e recebe pagamento ou salário 3 Trabalha e recebe pagamento, mas atualmente está afastado há mais de três meses por motivos de saúde 4 Profissional autônomo 5 Trabalha em negócios da família sem remuneração (por exemplo: empresa familiar) 6 Aposentado por condições de saúde 7 Aposentado devido à idade 8 Aposentadoria precoce 9 Aposentadoria por tempo de serviço	Se 1, vá para I2006 Se 4 ou 5, vá para I2012 Outro, vá para I2011
I2006	Qual é a principal razão pela qual você não está trabalhando atualmente?	1 Condição de saúde ou deficiência 2 Ainda em treinamento 3 Responsabilidades pessoais com a família 4 Não consegue achar um trabalho adequado 5 Não sabe como ou onde procurar trabalho 6 Não tem necessidade financeira 7 Pais ou cônjuge não deixaram trabalhar 8 Nenhuma razão mencionada 9 Outro	
I2007	Com quantos anos você parou de trabalhar?	<input type="text"/> <input type="text"/> Idade em anos 88 Não sei	Vá para I2009 Se 88, vá para I2008
I2008	Há quantos anos você parou de trabalhar?	Há <input type="text"/> <input type="text"/> anos 88 Não sei	
I2009	Você está atualmente procurando trabalho ativamente?	1 Sim 5 Não	Se I2009=5 e I2005=1, ir para I2011. Se I2009=5 e I2001=5, ir para I2023.

I2010	Qual é a principal razão pela qual você gostaria de estar trabalhando no momento? <i>ENTREVISTADOR: Apenas uma resposta permitida - Ler as categorias se necessário.</i>	1 Necessita de renda 2 Quer ou precisa estar ativo 3 Quer sentir-se útil 4 Ajudar a família 7 Outro, especificar:	
Agora vou fazer algumas perguntas sobre o seu trabalho atual ou seu último trabalho.			
I2011	Quem é/foi o seu empregador no seu atual/último trabalho <u>PRINCIPAL</u> ?	1 Setor público (funcionário público) 2 Setor privado (com e sem fins lucrativos) 3 Autônomo 4 Trabalho informal	
I2012	Nos últimos 12 meses, em relação ao seu principal emprego, qual tem sido a sua principal atividade de trabalho? <i>ENTREVISTADOR: Escreva exatamente o que o participante diz - escreva em letras de forma. Para aqueles que pararam de trabalhar, mencione o cargo <u>no trabalho mais recente</u>.</i>		
I2013	Em relação ao seu trabalho principal, você costuma/costumava trabalhar durante todo o ano, por determinadas temporadas ou durante pequenos períodos?	1 Durante todo o ano 2 Por temporada 3 Ocasionalmente (durante pequenos períodos)	Se 1, vá para I2015
I2014	Em relação ao seu trabalho sazonal/temporário, em média, quantas semanas você trabalhou em um ano?	<input type="text"/> <input type="text"/> Semanas	
I2015	Em relação ao seu trabalho principal, quantos dias por semana, em média, você trabalhou?	<input type="text"/> <input type="text"/> Dias	
I2016	Em relação ao seu trabalho principal, em média, quantas horas por dia você trabalha/trabalhou?	<input type="text"/> <input type="text"/> Horas	
I2017	Neste trabalho principal, você recebe/recebeu algum benefício além do seu pagamento em dinheiro ou afins?	1 Sim 5 Não	
I2018	Neste trabalho principal, você recebe/recebeu algum serviço ou assistência em saúde além do seu pagamento em dinheiro ou afins?	1 Sim 5 Não	
I2019	Neste trabalho principal, você recebe/recebeu cesta básica, vale refeição ou vale alimentação além do seu pagamento em dinheiro ou afins?	1 Sim 5 Não	
I2020	Neste trabalho principal, você recebe/recebeu alguma gratificação além do seu pagamento em dinheiro ou afins?	1 Sim 5 Não	
I2021	Neste trabalho principal, você recebe/recebeu algum outro benefício adicional ao seu pagamento em dinheiro ou afins?	1 Sim, especificar 5 Não	
I2022	Você trabalhou em mais de um emprego <u>nos últimos 12 meses</u> ?	1 Sim 5 Não	
I2023	Você recebe pensão ou outro benefício por incapacidade?	1 Sim 5 Não	

Módulo 3000A: FATORES AMBIENTAIS

AMBIENTES QUE DIFICULTAM OU FACILITAM

Vou fazer algumas perguntas gerais sobre o seu ambiente.

Eu gostaria de saber se o ambiente facilita ou dificulta para você fazer as coisas que você precisa ou quer fazer.

Quero que você responda as seguintes perguntas em uma escala de 1 a 5, em que 1 significa que o ambiente facilita muito a realização das suas atividades e 5 significa que o ambiente dificulta muito a realização das suas atividades, como mostrado no cartão 02.

O quanto...	1 Facilita muito	2	3	4	5 Dificulta muito	8 Não sei	98 Não se aplica	
I3001	O seu local de trabalho ou escola facilita ou dificulta para você trabalhar ou aprender?	1	2	3	4	5	8	98
I3002	Os serviços de saúde que você utiliza normalmente facilitam ou dificultam seu atendimento?	1	2	3	4	5	8	98
I3003	Os locais onde você participa de atividades da comunidade facilitam ou dificultam suas ações?	1	2	3	4	5	8	98
I3004	As lojas, bancos e correios em sua vizinhança facilitam ou dificultam para você utilizá-los?	1	2	3	4	5	8	98
I3005	Os locais religiosos que você frequenta facilitam ou dificultam a prática da sua religião?	1	2	3	4	5	8	98
I3006	O transporte que você quer ou precisa usar facilita ou dificulta seu acesso?	1	2	3	4	5	8	98
I3007	A sua residência facilita ou dificulta para você morar lá?	1	2	3	4	5	8	98
I3008	O banheiro da sua residência facilita ou dificulta para você utilizá-lo?	1	2	3	4	5	8	98
I3009	A temperatura, o terreno e clima do local que você mora facilitam ou dificultam para você viver lá?	1	2	3	4	5	8	98
I3010	A iluminação, o barulho e a quantidade de pessoas à sua volta facilitam ou dificultam sua vida?	1	2	3	4	5	8	98

ASSISTÊNCIA, DISPOSITIVOS ASSISTIVOS E MEDICAMENTOS

I3011	Você tem alguém para auxiliá-lo(a) nas suas atividades do dia a dia em casa ou fora de casa?	1 Sim 5 Não	
I3012	Você utiliza algum dispositivo assistivo como óculos ou bengala?	1 Sim 5 Não	
I3013	Você toma remédios regularmente?	1 Sim 5 Não	

APOIO E RELACIONAMENTOS

Agora eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre os seus relacionamentos.

Por favor, responda com base em uma escala de 1 a 5, sendo que 1 significa que é muito fácil para você conseguir ajuda e 5 significa que é muito difícil para você conseguir ajuda

Caso necessite é fácil para você pedir ajuda:

	1 Muito fácil	2	3	4	5 Muito difícil	98 Não se aplica	
I3014	Um membro próximo da família (incluindo o(a) seu(sua) parceiro(a)).	1	2	3	4	5	98
I3015	Amigos e colegas de trabalho	1	2	3	4	5	98
I3016	Vizinhos	1	2	3	4	5	98

Agora vou fazer algumas perguntas sobre os seus relacionamentos mais próximos. Por relacionamento próximo, quero dizer, um relacionamento no qual você pode conversar sobre assuntos pessoais, obter ajuda, ou com quem pode aproveitar seus momentos de lazer. Ao responder essas perguntas, diga-me, com base em uma escala de 1 a 5, qual é o seu nível de proximidade com as pessoas abaixo, sendo que 1 significa muito próximo e 5 nada próximo. Quanto próximo é sua relação com...		1	2	3	4	5	98
		Muito próxima				Nada próxima	Não se aplica
I3017	Cônjuge ou parceiro(a)	1	2	3	4	5	98
I3018	Membros da família	1	2	3	4	5	98
I3019	Amigos e colegas de trabalho	1	2	3	4	5	98
I3020	Vizinhos	1	2	3	4	5	98

Você é próximo de quantas pessoas...

I3021	Na sua família	Número _____
I3022	Entre os seus amigos e colegas de trabalho	Número _____
I3023	Entre os seus vizinhos	Número _____

ATITUDES DOS OUTROS PARA COM VOCÊ

Agora quero te fazer algumas perguntas sobre as atitudes das pessoas a seu redor. Ao responder essas perguntas, tenha como base uma escala de 1 a 5, sendo que 1 significa nem um pouco e 5 totalmente. *Entrevistador: Mostre o cartão 03.*

		1	2	3	4	5	98
		Nem um pouco				Totalmente	Não se aplica
I3024	Você pode participar de decisões da família?	1	2	3	4	5	98
I3025	Você enfrenta problemas para participar da sociedade devido às atitudes das pessoas a seu redor?	1	2	3	4	5	98
I3026	Você sente que algumas pessoas tratam você de forma injusta?	1	2	3	4	5	98
I3027	Você faz suas próprias escolhas sobre sua vida no dia-a-dia? Por exemplo, saber aonde ir, o que fazer, o que comer.	1	2	3	4	5	98
I3028	Você toma as grandes decisões na sua vida? Por exemplo, decidir onde morar, ou com quem morar, como gastar seu dinheiro.	1	2	3	4	5	98
I3029	Você sente que as outras pessoas aceitam você?	1	2	3	4	5	98
I3030	Você sente que as outras pessoas respeitam você? Por exemplo, você sente que os outros valorizam você como pessoa e ouvem o que você tem a dizer?	1	2	3	4	5	98
I3031	Você se considera um peso para a sociedade?	1	2	3	4	5	98
I3032	As pessoas a seu redor tendem a ficar impacientes com você?	1	2	3	4	5	98
I3033	Você acha que as pessoas ao seu redor não esperam muito de você?	1	2	3	4	5	98
I3034	Viver com dignidade é um problema para você por causa das atitudes e ações dos outros?	1	2	3	4	5	98

ACESSIBILIDADE À INFORMAÇÃO

I3035	Você possui acesso às informações que precisa ou deseja?	1	2	3	4	5	98
I3035a	Você tem um celular?	1 Sim 2 Não					
I3035b	Você usa internet?	1 Sim 2 Não					

Módulo 4000: FUNCIONALIDADE

Neste módulo, eu quero entender os tipos de problemas com os quais você precisa lidar na vida.

Quando digo problemas, quero dizer não conseguir fazer as coisas do jeito que gostaria, ou não conseguir fazê-las de jeito nenhum. Esses problemas podem surgir devido à sua saúde ou ao ambiente em que você vive. Eles também podem surgir devido às atitudes ou comportamentos das pessoas ao seu redor.

Pense sobre os últimos 30 dias, considerando tanto os dias bons quanto os dias ruins. Para cada questão, por favor, me diga o quanto isto é um problema para você, numa escala de 1 a 5. 1 significa nenhum problema e 5 significa problema extremo.

ENTREVISTADOR: USE CARTÃO 04.

		1	2	3	4	5	8
		Nenhum				Extremo	Não sei
MOBILIDADE							
I4001	O quanto se levantar de uma posição sentada é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4002	O quanto ficar em pé por longos períodos de tempo, como 30 minutos, é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4003	O quanto sair de casa é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4004	O quanto percorrer curtas distâncias, como 100 metros, é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4005	O quanto percorrer um quilômetro é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4006	O quanto realizar atividades intensas, como jogar futebol, correr ou subir ladeiras, é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4007	O quanto chegar aonde você deseja ir é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
USO DAS MÃOS E DOS BRAÇOS							
I4008	O quanto realizar atividades que exigem o uso das mãos e dos dedos, como pegar pequenos objetos ou abrir um recipiente, é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4009	O quanto levantar uma garrafa de 2 litros de água, da altura da cintura até a altura dos olhos, é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
AUTO-CUIDADOS							
I4010	O quanto fazer sua higiene pessoal e vestir-se é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4011	O quanto comer é um problema para você? Por favor, leve em consideração a sua saúde e pessoas que te ajudam, qualquer tipo de auxílio ou qualquer medicamento que você toma.	1	2	3	4	5	8
I4012	O quanto usar o banheiro é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4013	O quanto cortar as unhas dos pés é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4014	O quanto cuidar da sua saúde, ter uma alimentação saudável, fazer atividades físicas ou tomar seus medicamentos é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
Por favor, considere a sua saúde e as pessoas que te ajudam, quaisquer dispositivos assistivos que utiliza ou quaisquer medicamentos que você toma.							
VISÃO							
I4015	O quanto enxergar de longe é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4016	O quanto enxergar à distância de um braço é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
AUDIÇÃO							
I4017	O quanto escutar o que foi dito em uma conversa com outra pessoa em um local silencioso é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4018	O quanto escutar o que foi dito em uma conversa com outra pessoa em um local barulhento é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
DOR							
I4019	O quanto sentir dor no dia a dia é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
ENERGIA E IMPULSO							

I4020	Quanta dificuldade você tem para dormir?	1	2	3	4	5	8
I4021	O quanto sentir-se cansado e não ter energia suficiente é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
RESPIRAÇÃO							
I4022	O quanto sentir falta de ar é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4023	O quanto tosse e chiado no peito são um problema para você?	1	2	3	4	5	8
EMOÇÕES (DEPRESSÃO E ANSIEDADE)							
I4024	O quanto sentir tristeza, desânimo ou depressão é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4025	O quanto sentir preocupação, nervosismo ou ansiedade é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
Por favor, continue considerando a sua saúde e as pessoas que te ajudam, quaisquer dispositivos assistivos que utiliza ou quaisquer medicamentos que você toma.							
RELAÇÕES INTERPESSOAIS							
I4026	O quanto relacionar-se com pessoas próximas, incluindo a sua família e amigos, é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4027	O quanto lidar com desconhecidos é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4028	O quanto fazer e manter amizades é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4029	O quanto ter relacionamentos íntimos e sexuais é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
LIDAR COM O ESTRESSE							
I4030	O quanto lidar com o estresse, é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4031	O quanto lidar com todas as suas responsabilidades é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
Por favor, continue considerando a sua saúde e as pessoas que te ajudam, quaisquer dispositivos assistivos que utiliza ou quaisquer medicamentos que você toma.							
COMUNICAÇÃO							
I4032	O quanto ser compreendido, é um problema para você usando sua linguagem do dia-a-dia?	1	2	3	4	5	8
I4033	O quanto compreender os outros é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
COGNIÇÃO							
I4034	O quanto o esquecimento é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4035	O quanto lembrar-se de realizar coisas importantes no seu dia a dia é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4036	O quanto encontrar soluções para dificuldades do dia-a-dia é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
TAREFAS DOMÉSTICAS							
I4037	O quanto realizar as tarefas domésticas é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4038	O quanto gerenciar o seu dinheiro é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
PARTICIPAÇÃO NA COMUNIDADE E CIDADANIA							
I4039	O quanto realizar atividades relaxantes ou prazerosas é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4040	O quanto participar de atividades da comunidade, como festas, eventos religiosos ou outras atividades é um problema para você?	1	2	3	4	5	8
I4041	O quanto participar de organizações políticas locais, nacionais ou civis – como sindicatos - é um problema para você?	1	2	3	4	5	8

I4042	O quanto votar nas últimas eleições foi um problema para você?	1	2	3	4	5	8	
Por favor, continue considerando a sua saúde e as pessoas que te ajudam, quaisquer dispositivos assistivos que utiliza ou quaisquer medicamentos que você toma.								
CUIDADO COM OS OUTROS		1 Nenhum	2	3	4	5 Extremo	8 Não sei	98 Não se aplica
I4043	O quanto cuidar ou apoiar os outros é um problema para você?	1	2	3	4	5	8	98
TRABALHO E ESTUDOS		1 Nenhum	2	3	4	5 Extremo	8 Não sei	98 Não se aplica
I4044	O quanto candidatar-se a uma vaga e conseguir um emprego é um problema para você?	1	2	3	4	5	8	98
I4045	ENTREVISTADOR: Se o participante não estiver trabalhando atualmente, selecione a opção de resposta 98, não se aplica. O quanto realizar as tarefas solicitadas no trabalho é um problema para você?	1	2	3	4	5	8	98
I4046	O quanto obter educação formal ou informal é um problema para você?	1	2	3	4	5	8	98
I4047	ENTREVISTADOR: Se o participante não estiver estudando atualmente, selecione a opção de resposta 98, não se aplica. O quanto realizar as tarefas solicitadas na escola é um problema para você?	1	2	3	4	5	8	98
I4048	O quanto utilizar transporte público ou privado é um problema para você?	1	2	3	4	5	8	98

Módulo 5000: CONDIÇÃO DE SAÚDE

Eu já fiz muitas perguntas sobre os tipos de problemas que você enfrenta em sua vida.

As próximas perguntas serão sobre as dificuldades que você pode ter para realizar certas atividades apenas devido à sua SAÚDE.

Pense sobre os últimos 30 dias, considerando tanto os dias bons quanto os dias ruins.

Agora, pensando apenas sobre a sua saúde, gostaria que respondesse essas perguntas **SEM** levar em conta nenhum tipo de ajuda.

Entrevistador: Use o cartão 05.		1 Muito boa	2 Boa	3 Regular	4 Ruim	5 Muito ruim	
I5001	Começarei com uma pergunta sobre a sua saúde em geral, incluindo a sua saúde física e mental: em geral, como você <u>classifica a sua saúde hoje?</u>	1	2	3	4	5	
As próximas perguntas serão sobre dificuldades que você pode ter ao realizar certas atividades, por causa de um PROBLEMA DE SAÚDE. Gostaria que respondesse as seguintes perguntas com base em uma escala de 1 a 4, em que 1 significa nenhuma dificuldade e 4 significa que você não consegue realizar a atividade.		1 Não, nenhuma dificuldade	2 Sim, alguma dificuldade	3 Sim, muita dificuldade	4 Não consegue fazer		
WG1	Você tem dificuldade para enxergar, mesmo usando óculos?	1	2	3	4		
WG2	Você tem dificuldade para ouvir, mesmo usando aparelho auditivo?	1	2	3	4		
WG3	Você tem dificuldade para andar ou subir escadas?	1	2	3	4		
WG4	Você tem dificuldade para se lembrar de algo ou se concentrar?	1	2	3	4		
WG5	Você tem dificuldade com autocuidado, como tomar banho ou se vestir?	1	2	3	4		
WG6	Utilizando sua linguagem usual (comum), você tem dificuldade para se comunicar, por exemplo, compreender e ser compreendido(a)?	1	2	3	4		

Gostaria que respondesse as seguintes perguntas com base em uma escala de 1 a 5, em que 1 significa nenhuma dificuldade e 5 significa dificuldade extrema ou que você não consegue realizar a atividade.

ENTREVISTADOR: USE CARTÃO 04.

		1 Nenhuma	2	3	4	5 Extrema ou incapaz	98 Não se aplica
I5002	Quanta dificuldade você tem para se movimentar, por causa da sua saúde?	1	2	3	4	5	
I5003	Quanta dificuldade você tem para aprender uma nova tarefa, por causa da sua saúde?	1	2	3	4	5	
I5004	Quanta dificuldade você tem para usar o banheiro, por causa da sua saúde?	1	2	3	4	5	
I5005	Quanta dificuldade você tem para iniciar, manter e terminar uma conversa, por causa da sua saúde?	1	2	3	4	5	
I5006	Quanta dificuldade você tem para realizar atividades que exigem o uso das mãos e dos dedos, como pegar pequenos objetos ou abrir um recipiente, por causa da sua saúde?	1	2	3	4	5	
I5007	Quanta dificuldade você tem para dormir por causa da sua saúde?	1	2	3	4	5	
I5008	Quanta dificuldade em respirar você tem, por causa da sua saúde?	1	2	3	4	5	
I5009	Quanta dificuldade você tem para realizar tarefas domésticas, por causa da sua saúde?	1	2	3	4	5	
I5010	Quanta dificuldade você tem para cuidar ou auxiliar outras pessoas, por causa da sua saúde?	1	2	3	4	5	
I5011	Quanta dificuldade você tem para participar de atividades da comunidade, como festas, atividades religiosas ou outras, por causa da sua saúde?	1	2	3	4	5	

I5012	ENTREVISTADOR: se o participante não estiver trabalhando ou estudando, selecione a opção de resposta 98, não se aplica. Quanta dificuldade você tem com a sua rotina escolar ou de trabalho, por causa da sua saúde?	1	2	3	4	5	98
I5013	Quanta dificuldade você tem para se relacionar com pessoas próximas a você, incluindo a sua família e amigos, por causa da sua saúde?	1	2	3	4	5	
I5014	Quanta dificuldade você tem para lidar com todas as suas responsabilidades por causa da sua saúde?	1	2	3	4	5	

Gostaria que respondesse as seguintes perguntas com base em uma escala de 1 a 5, em que 1 significa nem um pouco e 5 significa muito.

ENTREVISTADOR: USE O CARTÃO 06.

		1 Nem um pouco	2	3	4	5 Muito
I5015	Até que ponto você se sente triste, desanimado ou deprimido, por causa da sua saúde?	1	2	3	4	5
I5016	Até que ponto você se sente preocupado, nervoso ou ansioso por causa da sua saúde?	1	2	3	4	5
I5017	Quanta dor no corpo você sente?	1	2	3	4	5

Agora, gostaria de lhe perguntar sobre as doenças ou condições de saúde que você apresenta atualmente.

a. Você tem **[NOME DA DOENÇA]**?

ENTREVISTADOR: Prossiga com as questões b, c e d somente para as doenças mencionadas na questão a.

b. Algum médico (ou outro profissional de saúde) já lhe disse que você tem **[NOME DA DOENÇA]**?

c. Nos últimos 12 meses, você recebeu algum medicamento para **[NOME DA DOENÇA]**?

d. Nos últimos 12 meses, você recebeu algum outro tratamento para **[NOME DA DOENÇA]**?

(MOSTRE O CARTÃO 07 PARA O PARTICIPANTE – circule 1 ou 5)

		(a) Presença Sim =1 Não=5	(b) Diagnóstico Sim =1 Não=5	(c) Medicação Sim=1 Não=5	(d) Tratamento Sim =1 Não=5
I5018	Perda da visão	1 5	1 5	1 5	1 5
I5019	Perda da audição	1 5	1 5	1 5	1 5
I5020	Pressão alta (Hipertensão)	1 5	1 5	1 5	1 5
I5021	Diabetes	1 5	1 5	1 5	1 5
I5022	Artrite, artrose	1 5	1 5	1 5	1 5
I5023	Doença cardíaca, Doença coronária, infarto	1 5	1 5	1 5	1 5
I5024	Bronquite crônica ou Enfisema	1 5	1 5	1 5	1 5
I5025	Asma, doença respiratória alérgica	1 5	1 5	1 5	1 5
I5026	Dor nas costas ou hérnia de disco	1 5	1 5	1 5	1 5
I5027	Enxaqueca (dores de cabeça recorrentes)	1 5	1 5	1 5	1 5
I5028	Derrame (AVC ou AVE)	1 5	1 5	1 5	1 5
I5029	Depressão	1 5	1 5	1 5	1 5
I5030	Ansiedade	1 5	1 5	1 5	1 5
I5031	Hanseníase (lepra)	1 5	1 5	1 5	1 5

I5032	Amputação	1 5	1 5	1 5	1 5
I5033	Poliomielite	1 5	1 5	1 5	1 5
I5034	Gastrite ou úlcera	1 5	1 5	1 5	1 5
I5035	Câncer (incluindo leucemia)	1 5	1 5	1 5	1 5
I5036	Trauma <i>ENTREVISTADOR: Trauma está relacionado a acidentes no trânsito ou acidentes em casa ou na escola que resultaram em lesão corporal e limitação das atividades</i>	1 5	1 5	1 5	1 5
I5037	Demência	1 5	1 5	1 5	1 5
I5038	Doenças renais	1 5	1 5	1 5	1 5
I5039	Doenças de pele (psoríase, por exemplo)	1 5	1 5	1 5	1 5
I5040	Tuberculose	1 5	1 5	1 5	1 5
I5041	Transtornos mentais (psiquiátricos) ou comportamentais	1 5	1 5	1 5	1 5
I5042	Problemas para dormir	1 5	1 5	1 5	1 5
I5043	Zumbido (zumbido, apito ou campainha nos ouvidos que dura 5 minutos ou mais nos últimos 12 meses)	1 5	1 5	1 5	1 5
I5044	Dengue	1 5	1 5	1 5	1 5
I5045	Vírus Zika	1 5	1 5	1 5	1 5
I5046	Chikungunya	1 5	1 5	1 5	1 5
I5047	Febre Amarela	1 5	1 5	1 5	1 5
I5048	Coronavírus (COVID-19)	1 5	1 5	1 5	1 5
I5049	Transtorno do Espectro Autista (TEA)	1 5	1 5	1 5	1 5
I5050	Gestação	1 5	1 5	1 5	1 5
I5051	Doenças raras	1 5	1 5	1 5	1 5
I5052	Síndromes congênitas (exemplo: Síndrome de Down, lábio leporino, espinha bífida, pé torto, etc.)	1 5	1 5	1 5	1 5
I5053	Outro (especificar)_____	1 5	1 5	1 5	1 5

Módulo 3000B: ASSISTÊNCIA PESSOAL, DISPOSITIVOS ASSISTIVOS E PRODUTOS FACILITADORES**Assistência pessoal****Entrevistador: Se I3011=1 (sim) ir para I3036; se I3011=5 (não) ir para I3039.**

I3036	Você me disse que há pessoas ajudando você. Quantas dessas pessoas são pagas?	[]	
I3037		[]	
I3038	Você me disse que há pessoas ajudando você. Você acha que precisa de mais assistência com suas atividades diárias dentro ou fora de casa?	1 Sim 5 Não	Ir para I3040
I3039	Você me disse que não há pessoas ajudando você. Você acha que precisa de alguém para ajudá-lo(a)?	1 Sim 5 Não	

DISPOSITIVOS ASSISTIVOS**MOBILIDADE E AUTO-CUIDADO****ENTREVISTADOR: Se I3012=1 (sim) ir para I3040; se I3012=5 (não) ir para I3043.**

I3040	Você me disse que utiliza dispositivos assistivos. Você utiliza algum dispositivo para te ajudar a se locomover, para manter os seus cuidados pessoais ou para apoiar (partes de) seu corpo?	1 Sim 5 Não	Se 1, vá para I3041 Se 5, vá para I3043
I3041	Quais você usa? <i>ENTREVISTADOR: mostre o cartão 08. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante tiver dificuldade para responder, leia em voz alta as opções abaixo.</i>		
1 Bengala 2 Muletas, axilares ou de cotovelos 3 Órteses, membro inferior, membro superior ou de coluna 4 Almofadas para alívio de pressão 5 Próteses, membro inferior 6 Andador com rodas 7 Apoio para ficar em pé		8 Calçado terapêutico; diabético, neuropático, ortopédico 9 Triciclos 10 Andador fixo 11 Cadeira de rodas 12 Produtos para incontinência 13 Outro dispositivo assistivo	
I3042	Além desses, você acha que precisa de outros dispositivos assistivos para se locomover, para cuidados pessoais ou para apoiar (partes de) seu corpo? <i>ENTREVISTADOR: mostre o cartão 08. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante tiver dificuldades para responder, leia os itens da lista em voz alta.</i>		Vá para I3045
1 Bengala 2 Muletas, axilares ou de cotovelos 3 Órteses, membro inferior, membro superior ou de coluna 4 Almofadas para alívio de pressão 5 Próteses, membro inferior 6 Andador com rodas 7 Apoio para ficar em pé		8 Calçado terapêutico; diabético, neuropático, ortopédico 9 Triciclos 10 Andador fixo 11 Cadeira de rodas 12 Produtos para incontinência 13 Outro dispositivo assistivo (Vá para I3045)	
I3043	Você me disse que não utiliza dispositivos assistivos para se locomover, para cuidados pessoais ou para apoiar (partes de) seu corpo. Você acha que precisa de algum?	1 Sim 5 Não	Se 5, vá para I3045
I3044	Quais dispositivos assistivos você precisa para se locomover, para cuidados pessoais ou para apoiar (partes de) seu corpo? <i>ENTREVISTADOR: mostre o cartão 08. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante tiver dificuldades para responder, leia os itens da lista em voz alta.</i>		
1 Bengala 2 Muletas, axilares ou de cotovelos 3 Órteses, membro inferior, membro superior ou de coluna 4 Almofadas para alívio de pressão 5 Próteses, membro inferior 6 Andador com rodas 7 Apoio para ficar de pé		8 Calçado terapêutico; diabético, neuropático, ortopédico 9 Triciclos 10 Andador fixo 11 Cadeira de rodas 12 Produtos para incontinência 13 Outro dispositivo assistivo	

VISÃO**ENTREVISTADOR: Se I3012=1 (sim) ir para I3045; se I3012=5 (não) ir para I3048.**

I3045	Você usa algum dispositivo assistivo para ajudá-lo(a) a lidar com problemas de visão?	1 Sim 5 Não	Se 1, vá para I3046 Se 5, vá para I3048
I3046	Quais dispositivos você usa? <i>ENTREVISTADOR: mostre o cartão 09. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante tiver dificuldades para responder, leia os itens da lista em voz alta.</i>		
	1 Leitor de áudio 2 Tela com sistema de braile 3 Equipamento para escrita em braile 4 Lupas eletrônicas 5 Lupas ópticas 6 Leitores de tela		7 Óculos de grau, filtros e proteção da visão 8 Relógio digital que fala a hora 9 Bengala branca 10 Cão guia 11 Outro dispositivo assistivo
I3047	Além desses dispositivos, você acha que necessita de outros para ajudá-lo(a) a lidar com problemas de visão? <i>ENTREVISTADOR: mostre o cartão 09. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante possui dificuldades para responder, leia os itens da lista em voz alta.</i>		12 Não Vá para I3050
	1 Leitor de áudio 2 Tela com sistema de braile 3 Equipamento para escrita em braile 4 Lupas eletrônicas 5 Lupas ópticas 6 Leitores de tela		7 Óculos de grau, filtros e proteção da visão 8 Relógio digital que fala a hora 9 Bengala branca 10 Cão guia 11 Outro dispositivo assistivo
I3048	Você me disse que não usa nenhum dispositivo para ajudá-lo(a) a lidar com problemas de visão. Você acha que precisa de algum, como por exemplo óculos?	1 Sim 5 Não	Se 5, vá para I3050
I3049	Quais dispositivos assistivos você precisa para ajudá-lo(a) a lidar com problemas de visão? <i>ENTREVISTADOR: mostre o cartão 09. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante tiver dificuldades para responder, leia os itens da lista em voz alta.</i>		
	1 Leitor de áudio 2 Tela com sistema de braile 3 Equipamento para escrita em braile 4 Lupas eletrônicas 5 Lupas ópticas 6 Leitores de tela		7 Óculos de grau, filtros e proteção da visão 8 Relógio digital que fala a hora 9 Bengala branca 10 Cão guia 11 Outro dispositivo assistivo
AUDIÇÃO E COMUNICAÇÃO			
<i>ENTREVISTADOR: Se I3012=1 (sim) vá para I3050; Se I3012=5 (não) vá para I3053</i>			
I3050	Você usa algum dispositivo assistivo para ajudá-lo a ouvir ou se comunicar melhor?	1 Sim 5 Não	Se 1, vá para I3051 Se 5, vá para I3053
I3051	Quais dispositivos você usa? <i>ENTREVISTADOR: mostre o cartão 10. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante tiver dificuldades para responder, leia os itens da lista em voz alta.</i>		
	1 Sinalizadores de alarme com luz/ som/vibração 2 Intérprete para surdos e cegos 3 TV com legendas ocultas 4 Dispositivos com tecnologia de comando por voz e gestos 5 Aparelho auditivo digital ou a bateria. 6 Amplificadores (por exemplo, FM, acústico, infravermelho)		7 Aparelhos de comunicação por vídeo 8 Quadros/livros/cartões de comunicação visual 9 Software de comunicação 10 Software que simula os comandos do teclado e mouse 11 Outro dispositivo assistivo

I3052	Além desses dispositivos assistivos, você acha que necessita de outros para ajudá-lo a ouvir ou se comunicar melhor? <i>ENTREVISTADOR: mostre o cartão 10. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante possui dificuldades para responder, leia os itens da lista em voz alta.</i>		12 Não Vá para I3055
1 Sinalizadores de alarme com Luz/ Som/ Vibração 2 Intérprete para surdos e cegos 3 TV com Legendas Ocultas 4 Dispositivos com comando por voz e gestos 5 Aparelho auditivo digital ou a bateria. 6 Amplificadores (por exemplo, FM, acústico, infravermelho)		7 Aparelhos de comunicação por vídeo 8 Quadros / Livros / Cartões de comunicação visual 9 Tecnologia Assistida por Softwares 10 Software que simula os comandos do teclado e mouse 11 Outros dispositivos assistivos (Vá para I3055)	
I3053	Você me disse que não utiliza nenhum dispositivo assistivo para ajudá-lo(a) a ouvir e se comunicar melhor. Você acha que precisa de algum, como por exemplo, um alarme visual ou vibratório?	1 Sim 5 Não	Se 5, vá para I3055
I3054	Quais dispositivos assistivos você precisa para ajudá-lo(a) a ouvir ou comunicar-se melhor? <i>ENTREVISTADOR: mostre o cartão 10. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante possui dificuldades para responder, leia os itens da lista em voz alta.</i>		
1 Sinalizadores de alarme com Luz/ Som/ Vibração 2 Intérprete para surdos e cegos 3 TV com Legendas Ocultas 4 Dispositivos com comando por voz e gestos 5 Aparelho auditivo digital ou a bateria. 6 Amplificadores (por exemplo, FM, acústico, infravermelho)		7 Aparelhos de comunicação por vídeo 8 Quadros / Livros / Cartões de comunicação visual 9 Tecnologia Assistiva por Softwares 10 Software que simula os comandos do teclado e mouse 11 Outros dispositivos assistivos	
COGNIÇÃO			
<i>ENTREVISTADOR: Se I3012=1 (sim) ir para I3055; Se I3012=5 (não) ir para I3058.</i>			
I3055	Você utiliza algum dispositivo assistivo para melhorar a sua orientação ou para lidar com problemas de memória e atenção?	1 Sim 5 Não	Se 5, vá para I3058
I3056	Quais você usa? <i>ENTREVISTADOR: mostre o cartão 11. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante possui dificuldades para responder, leia os itens da lista em voz alta.</i>		
1 Detectores de quedas 2 Sistema de posicionamento global (GPS) 3 Assistente pessoal digital 4 Sistema de alarme de emergência pessoal 5 Organizadores de Comprimidos		6 Gravadores 7 Telefone celular adaptado 8 Produtos de gerenciamento de tempo 9 Produtos portáteis para facilitar viagens 10 Outros dispositivos assistivos.	
I3057	Além deles, você acha que há outros dispositivos que facilitariam para melhorar sua orientação, concentração ou seus problemas de memória? <i>ENTREVISTADOR: mostre o cartão 11. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante possui dificuldades para responder, leia os itens da lista em voz alta.</i>		Vá para I3060
1 Detectores de quedas 2 Sistema de posicionamento global (GPS) 3 Assistente pessoal digital 4 Sistema de alarme de emergência pessoal 5 Organizadores de Comprimidos		6 Gravadores 7 Telefone celular adaptado 8 Produtos de gerenciamento de tempo 9 Produtos portáteis para facilitar viagens 10 Outros dispositivos assistivos (Vá para I3060).	
3058	Você me disse que não usa nenhum dispositivo assistivo para manter sua orientação ou para lidar com problemas de atenção e memória. Você acha que precisa de algum como um organizador de comprimidos ou gravadores?	1 Sim 5 Não	Se 5, vá para I3060
I3059	De quais dispositivos assistivos você precisa para manter a orientação ou lidar com problemas de atenção e memória? <i>ENTREVISTADOR: mostre o cartão 11. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante possui dificuldades para responder, leia os itens da lista em voz alta.</i>		
1 Detectores de quedas 2 Sistema de posicionamento global (GPS) 3 Assistente pessoal digital 4 Sistema de alarme de emergência pessoal 5 Organizadores de Comprimidos		6 Gravadores 7 Telefone celular adaptado 8 Produtos de gerenciamento de tempo 9 Produtos portáteis para facilitar viagens 10 Outros dispositivos assistivos.	
OUTROS FACILITADORES			
TRABALHO			
<i>ENTREVISTADOR: Esta pergunta só é feita se o participante estiver estudando (questão I2005 = 2, 3, 4 ou 5). Caso contrário, selecione não aplicável e vá para I3065.</i>			

I3060	Há algum dispositivo assistivo ou adaptação que facilite o seu trabalho, como um computador com fonte ampliada ou reconhecimento de voz, uma bancada de trabalho ajustável ou horário de trabalho modificado?	1 Sim 5 Não 98 Não aplicável	Se 5, vá para I3063
I3061	Quais você usa? <i>ENTREVISTADOR: mostre o cartão 12. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante possui dificuldades para responder, leia os itens da lista em voz alta.</i>		
<p>1 Recursos técnicos, como sintetizadores de voz, TTY ou TDD, sistema infravermelho ou dispositivos portáteis eletrônicos para anotações</p> <p>2 Computador em Braille, letras grandes, reconhecimento de voz ou scanner</p> <p>3 Recursos de comunicação, como Braille ou letras grandes</p> <p>4 Material para leitura ou equipamento de gravação</p> <p>5 Cadeira especial ou apoio para as costas</p> <p>6 Ajustes na jornada ou condições de trabalho (tarefas diferentes ou modificadas)</p> <p>7 Horário ou dias de trabalho diferenciados ou turno reduzido</p>	<p>8 Ajuda de outras pessoas, como alguém para ler por você, um intérprete de língua de sinais, orientadores profissionais ou um assistente pessoal</p> <p>9 Uma estação de trabalho modificada ou ergonômica</p> <p>10 Corrimãos, rampas</p> <p>11 Vaga de estacionamento especial</p> <p>12 Elevador acessível</p> <p>13 Banheiros acessíveis</p> <p>14 Transporte acessível</p> <p>15 Outro dispositivo assistivo ou adaptação</p>		
I3062	Além desses, você acha que há outros dispositivos assistivos que facilitariam o seu trabalho? <i>ENTREVISTADOR: mostre o cartão 12. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante possui dificuldades para responder, leia os itens da lista em voz alta.</i>	Vá para I3065	
<p>1 Recursos técnicos, como sintetizadores de voz, TTY ou TDD, sistema infravermelho ou dispositivos portáteis eletrônicos para anotações</p> <p>2 Computador em Braille, letras grandes, reconhecimento de voz ou scanner</p> <p>3 Recursos de comunicação, como Braille ou letras grandes</p> <p>4 Material para leitura ou equipamento de gravação</p> <p>5 Cadeira especial ou apoio para as costas</p> <p>6 Ajustes na jornada ou condições de trabalho (tarefas diferentes ou modificadas)</p> <p>7 Horário ou dias de trabalho diferenciados ou turno reduzido</p>	<p>8 Ajuda de outras pessoas, como alguém para ler por você, um intérprete de língua de sinais, orientadores profissionais ou um assistente pessoal</p> <p>9 Uma estação de trabalho modificada ou ergonômica</p> <p>10 Corrimãos, rampas</p> <p>11 Vaga de estacionamento especial</p> <p>12 Elevador acessível</p> <p>13 Banheiros acessíveis</p> <p>14 Transporte acessível</p> <p>15 Outro dispositivo assistivo ou adaptação (Vá para I3065)</p>		
I3063	Você me disse que não há nenhum dispositivo assistivo ou adaptação que facilite seu trabalho. Você acha que precisa de algum?	1 Sim 5 Não	Se 5, vá para I3065
I3064	Quais modificações ou dispositivos assistivos você precisa? <i>ENTREVISTADOR: Mostre o cartão 12. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o entrevistado tiver dificuldade para responder, leia em voz alta as opções abaixo.</i>		
<p>1 Recursos técnicos, como sintetizadores de voz, TTY ou TDD, sistema infravermelho ou dispositivos portáteis eletrônicos para anotações</p> <p>2 Computador em Braille, letras grandes, reconhecimento de voz ou scanner</p> <p>3 Recursos de comunicação, como Braille ou letras grandes</p> <p>4 Material para leitura ou equipamento de gravação</p> <p>5 Cadeira especial ou apoio para as costas</p> <p>6 Ajustes na jornada ou condições de trabalho (tarefas diferentes ou modificadas)</p> <p>7 Horário ou dias de trabalho diferenciados ou turno reduzido</p>	<p>8 Ajuda de outras pessoas, como alguém para ler por você, um intérprete de língua de sinais, orientadores profissionais ou um assistente pessoal</p> <p>9 Uma estação de trabalho modificada ou ergonômica</p> <p>10 Corrimãos, rampas</p> <p>11 Vaga de estacionamento especial</p> <p>12 Elevador acessível</p> <p>13 Banheiros acessíveis</p> <p>14 Transporte acessível</p> <p>15 Outro dispositivo assistivo ou adaptação</p>		
EDUCAÇÃO			
<i>ENTREVISTADOR: a próxima pergunta deve ser feita apenas se o entrevistado estiver recebendo educação (pergunta I2002 = 2). Caso contrário, selecione "não aplicável" e vá para I3070.</i>			
I3065	Há algum dispositivo assistivo ou modificação que facilite a sua educação, como corretores ortográficos, salas de aula adaptadas ou tempo extra para realizar provas?	1 Sim 5 Não 98 Não aplicável	Se 5 ir para I3068
I3066	Quais você usa? <i>ENTREVISTADOR: Mostre o cartão 13. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o entrevistado tiver dificuldade para responder, leia em voz alta as opções abaixo.</i>		

<p>1 dispositivos portáteis para correção ortográfica 2 equipamento de gravação 3 audiolivros 4 organizador de bolso 5 computador pessoal 6 scanner ou impressora 7 software para correção ortográfica ou gramatical 8 software de reconhecimento de voz 9 ferramentas de organização 10 laptop ou notebook</p>	<p>11 salas de aula, banheiros e residências acessíveis 12 prédios acessíveis, excluindo-se residências 13 transporte acessível 14 ajuda de pessoas, como alguém para ler para você, um intérprete de língua de sinais, ou outro intérprete, por exemplo, leitor de lábios 15 ajustes no currículo, tempo extra para provas ou reagendamento de provas 16 prazos maiores para entrega de trabalhos 17 outro dispositivo assistivo ou adaptação</p>		
I3067	<p>Além dessas, você acha que existem outras coisas que poderia facilitar sua educação? <i>ENTREVISTADOR: Mostre o cartão 13. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o entrevistado tiver dificuldade para responder, leia em voz alta as opções abaixo.</i></p>	Ir para I3070	
<p>1 dispositivos portáteis para correção ortográfica 2 equipamento de gravação 3 audiolivros 4 organizador de bolso 5 computador pessoal 6 scanner ou impressora 7 software para correção ortográfica ou gramatical 8 software de reconhecimento de voz 9 ferramentas de organização 10 laptop ou notebook</p>	<p>11 salas de aula, banheiros e residências acessíveis 12 prédios acessíveis, excluindo-se residências 13 transporte acessível 14 ajuda de pessoas, como alguém para ler para você, um intérprete de língua de sinais, ou outro intérprete, por exemplo, leitor de lábios 15 ajustes no currículo, tempo extra para provas ou reagendamento de provas 16 prazos maiores para entrega de trabalhos 17 outro dispositivo assistivo ou adaptação (Ir para I3070)</p>		
I3068	<p>Você me disse que não há modificações ou dispositivos assistivos que facilitem a sua educação. Você acha que precisa de alguma modificação ou dispositivo assistivo?</p>	<p>1 Sim 5 Não</p>	Se 5 ir para I3070
I3069	<p>Quais dispositivos assistivos ou adaptações você precisa para estudar? <i>ENTREVISTADOR: mostre o cartão 13. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante possui dificuldades para responder, leia os itens da lista em voz alta.</i></p>		
<p>1 dispositivos portáteis para correção ortográfica 2 equipamento de gravação 3 audiolivros 4 organizador de bolso 5 computador pessoal 6 scanner ou impressora 7 software para correção ortográfica ou gramatical 8 software de reconhecimento de voz 9 ferramentas de organização 10 laptop ou notebook</p>	<p>11 salas de aula, banheiros e residências acessíveis 12 prédios acessíveis, excluindo-se residências 13 transporte acessível 14 ajuda de pessoas, como alguém para ler para você, um intérprete de língua de sinais, ou outro intérprete, por exemplo, leitor de lábios 15 ajustes no currículo, tempo extra para provas ou reagendamento de provas 16 prazos maiores para entrega de trabalhos 17 outro dispositivo assistivo ou adaptação</p>		
EM CASA			
I3070	<p>Há alguma modificação que facilita para você estar em casa, como por exemplo, rampas, barras de apoio ou qualquer outro dispositivo de acessibilidade?</p>	<p>1 Sim 5 Não</p>	Se 5, vá para I3073
I3071	<p>Quais você usa? <i>ENTREVISTADOR: MOSTRE O CARTÃO 14. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante possui dificuldades para responder, leia os itens da lista em voz alta.</i></p>		
<p>1 rampas 2 entradas ao nível da rua 3 portas automáticas 4 portas fáceis de abrir (incluindo maçanetas do tipo alavanca) 5 portas e corredores mais largos 6 elevador ou plataforma elevatória 7 alarmes visuais ou sonoros</p>	<p>8 Corrimão ou barras de apoio 9 Cadeira para tomar banho 10 Barras de apoio no banheiro 11 Balcões rebaixados na cozinha 12 Colchões com sistema de alívio de pressão 13 Outros dispositivos assistivos ou adaptações características</p>		

I3072	Além deles, você acha que há alguma outra coisa que facilitaria para você estar em casa? <i>ENTREVISTADOR: mostre o cartão 14 e leia em voz alta os itens da lista. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante possui dificuldades para responder, leia os itens da lista em voz alta.</i>		14 Não Vá para I3075
1 rampas 2 entradas ao nível da rua 3 portas automáticas 4 portas fáceis de abrir (incluindo maçanetas do tipo alavanca) 5 portas e corredores mais largos 6 elevador ou equipamento de elevação 7 alarmes visuais ou sonoros		8 Corrimão ou barras de apoio 9 cadeira para tomar banho 10 Barras de apoio no banheiro 11 Balcões rebaixados na cozinha 12 Colchões com sistema de alívio de pressão 13 Outros dispositivos assistivos ou adaptações características	
I3073	Você me disse que não há nenhum dispositivo assistivo ou adaptação que facilitam sua vida em casa. Você acha que precisa de alguma adaptação?	1 Sim 5 Não	Se 5, vá para I3075
I3074	Quais adaptações você precisa em casa? <i>ENTREVISTADOR: mostre o cartão 14. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante possui dificuldades para responder, leia os itens da lista em voz alta.</i>		
1 rampas 2 entradas ao nível da rua 3 portas automáticas 4 portas fáceis de abrir (incluindo maçanetas do tipo alavanca) 5 portas e corredores mais largos 6 elevador ou equipamento de elevação 7 alarmes visuais ou sonoros		8 Corrimão ou barras de apoio (no banheiro) 9 cadeira para tomar banho 10 Barras de apoio no banheiro 11 balcões rebaixados na cozinha 12 Colchões com sistema de alívio de pressão 13 Outros dispositivos assistivos ou adaptações características	
NA COMUNIDADE			
I3075	Há alguma modificação que facilita sua participação na comunidade, como por exemplo, transporte público ou banheiros públicos acessíveis?	1 Sim 5 Não	Se 5, vá para I3078
I3076	Quais você usa? <i>ENTREVISTADOR: mostre o cartão 15. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante possui dificuldades para responder, leia os itens da lista em voz alta.</i>		
1 prédios acessíveis abertos ao público, por exemplo: lojas, cinemas ou lugares religiosos 2 prédios públicos acessíveis, por exemplo: prefeitura ou correios 3 sinalização e instruções acessíveis (pisos táteis, placas de sinalização em braile, etc.)		4 banheiros públicos acessíveis 5 transporte público acessível 6 ruas, estradas, caminhos e trilhas acessíveis 7: Outros recursos de acessibilidade	
I3077	Além deles, você acha que há alguma outra coisa que facilitaria sua participação na comunidade? <i>ENTREVISTADOR: mostre o cartão 15. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante possui dificuldades para responder, leia os itens da lista em voz alta.</i>		Vá para I6001
1 prédios acessíveis abertos ao público, por exemplo: lojas, cinemas ou lugares religiosos 2 prédios públicos acessíveis, por exemplo: prefeitura ou correios 3 sinalização e instruções acessíveis (pisos táteis, placas de sinalização em braile, etc.)		4 banheiros públicos acessíveis 5 transporte público acessível 6 estradas, caminhos e trilhas acessíveis 7 outros recursos de acessibilidade	
I3078	Você me disse que não há nada que facilita sua participação na comunidade. Você acha que precisa de alguma modificação?	1 Sim 5 Não	Se 5, vá para I6001
I3079	Quais modificações você precisa? <i>ENTREVISTADOR: mostre o cartão 15. Mais de uma opção pode ser selecionada. Se o participante possui dificuldades para responder, leia os itens da lista em voz alta.</i>		
1 prédios acessíveis abertos ao público, por exemplo: lojas, cinemas ou lugares religiosos 2 prédios públicos acessíveis, por exemplo: prefeitura ou correios 3 sinalização e instruções acessíveis (pisos táteis, placas de sinalização em braile, etc.)		4 banheiros públicos acessíveis 5 transporte público acessível 6 estradas, caminhos e trilhas acessíveis 7 outros recursos de acessibilidade	

Módulo 6000: UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Agora, gostaria de saber sobre suas experiências recentes com atendimento recebido de profissionais da saúde, hospitais, clínicas e do sistema de saúde. Você precisou de serviços de saúde recentemente? Se sim, por que precisou de atendimento e qual tipo de serviço você utilizou.

I6001	Quando foi a última vez que você precisou de assistência médica? <i>ENTREVISTADOR: pode ser assistência ambulatorial ou internação. Se há menos de 1 mês, insira "00" para anos e "00" para meses.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos atrás.....vá para <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses atrásvá para 98 nunca.....vá para 88 não seivá para	I6003 I6003 I7001 I6002
I6002	Foi há mais de <u>3 anos</u> ?	Sim=1 Não=5	Se 1, vá para I7001
I6003	Pensando sobre a assistência médica que precisou nos últimos 3 anos, onde você costumava ir quando se sentia doente ou precisava consultar alguém sobre sua saúde? <i>ENTREVISTADOR: Apenas uma resposta permitida.</i>	1 Consultório médico particular 2 Clínica ou instituição de saúde particular 3 Hospital particular 4 Instituição particular de reabilitação 5 Clínica ou instituição de saúde pública 6 Hospital público 7 Instituição pública de reabilitação 8 Clínica mantida por doações ou instituição religiosa 9 Hospital mantido por doações ou instituição religiosa 10 Curandeiro 11 Farmácia ou posto de entrega de medicamentos Outro, especificar:	

ASSISTÊNCIA MÉDICA COM INTERNAÇÃO

As próximas duas perguntas se referem a qualquer internação de uma noite em hospital, instituição de reabilitação ou outra instituição de saúde nos últimos 3 anos.

I6004	Nos últimos 3 anos, você ficou <u>internado(a) por uma noite</u> em um hospital, instituição de reabilitação ou instituição de cuidado de longo prazo?	1 Sim, em um hospital 2 Sim, uma instituição de reabilitação 3 Sim, uma instituição de cuidado de longo prazo 4 Todos 5 Não..... →	Se 5, vá para I6010
I6005	Quando foi sua <u>última</u> internação em um hospital, instituição de reabilitação ou instituição de cuidado de longo prazo? <i>ENTREVISTADOR: Favor, inserir mês e ano. Caso seja a menos de um mês, insira "00" para anos e "00" para meses.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos atrás <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses atrás 88 Não sabe	Se 88 ou há mais de 3 anos, vá para I6010

Agora, eu gostaria de saber sobre um período mais recente – se você teve alguma internação em um hospital ou outro tipo de instituição de saúde nos últimos 12 meses.

I6006	Nos <u>últimos 12 meses</u> , quantas vezes você foi paciente em um hospital, instituição de reabilitação, ou instituição de cuidado de longo prazo, por pelo menos uma noite?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vezes 888 Não sabe	Se "00" (sem hospitalizações, vá para I6010
I6007	Nos <u>últimos 12 meses</u> , houve alguma vez em que você precisou ser internado por uma noite em uma instituição de saúde, mas não recebeu essa assistência?	Sim= 1 Não= 5 →	Se 5, vá para I6010
I6008	Qual foi o principal motivo pelo qual você precisou de assistência, porém não a recebeu? <i>ENTREVISTADOR: O participante deve selecionar APENAS uma razão principal. UTILIZE O CARTÃO 16. Insira o número da opção selecionada.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

<p>1 Doença contagiosa (infecções, malária, tuberculose, HIV)</p> <p>2 Condições maternas ou perinatais (gestação)</p> <p>3 Deficiências nutricionais</p> <p>4 Condições agudas (diarreia, febre, resfriado, dor de cabeça, tosse, outras)</p> <p>5 Lesões (não relacionadas ao trabalho, vide item 8 abaixo)</p> <p>6 Cirurgia</p> <p>7 Problemas para dormir</p> <p>8 Lesão, doença ou outra condição de saúde relacionada ao trabalho</p> <p>9 Dor crônica nas articulações/artrite (articulações, costas, pescoço)</p> <p>10 Diabetes ou complicações relacionadas</p> <p>11 Problemas cardíacos, incluindo dor no peito sem razão aparente</p> <p>12 Problemas na boca, dentes ou dificuldade para engolir</p>	<p>13 Problemas para respirar</p> <p>14 Pressão alta (hipertensão)</p> <p>15 Derrame (AVC) ou paralisia repentina em um dos lados do corpo</p> <p>16 Dor generalizada (estômago, músculos ou outra dor não específica)</p> <p>17 Depressão ou ansiedade</p> <p>18 Câncer</p> <p>19 Arboviroses (Dengue, vírus Zika, Chikungunya ou Febre Amarela)</p> <p>20 Coronavírus (COVID-19)</p> <p>87 Outro, especificar:</p>
---	--

<p>I6009 Porque você não conseguiu receber assistência à saúde? <i>ENTREVISTADOR: Circule todas as alternativas indicadas pelo participante.</i></p>	<p>1 Não tinha dinheiro para pagar a consulta</p> <p>2 Não tinha transporte disponível</p> <p>3 Não consegui pagar transporte</p> <p>4 Você foi mal atendido anteriormente</p> <p>5 Não consegui folga no trabalho ou tinha outros compromissos</p> <p>6 Os medicamentos ou equipamentos dos profissional de saúde não foram adequados</p> <p>7 As habilidades do profissional de saúde não eram adequadas</p> <p>8 Não sabia aonde procurar assistência</p> <p>9 Tentou, mas acesso ao serviço de saúde foi negado</p> <p>10 Pensou não estar doente o suficiente</p> <p>87 Outro, especificar:</p>
---	--

CUIDADOS AMBULATORIAIS E CUIDADOS EM CASA

Agora farei algumas perguntas sobre os cuidados de saúde que você recebeu e que não necessitaram de uma internação hospitalar. As perguntas a seguir são sobre os cuidados que você recebeu, recentemente em um hospital, centro de reabilitação, posto de saúde, clínica, consultório particular ou em casa, por um profissional de saúde, sem que houvesse necessidade de internação.

<p>I6010 Nos últimos 12 meses, você recebeu algum cuidado médico que não necessitasse passar a noite no hospital ou instituição de saúde?</p>	<p>Sim=1</p> <p>Não=5 →</p>	<p>Se 5, vá para I6021</p>
<p>I6011 No total, quantas vezes você recebeu cuidados médicos ou serviços de saúde nos últimos 12 meses?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vezes</p>	
<p>I6012 Pensando em sua última visita a um serviço de saúde nos últimos 12 meses: Qual serviço você visitou? <i>ENTREVISTADOR: Ler as respostas, circular uma opção apenas</i></p>	<p>1 Consultório médico particular</p> <p>2 Clínica ou centro de saúde particular</p> <p>3 Hospital particular</p> <p>4 Instituição de reabilitação particular</p> <p>5 Clínica ou centro de saúde público</p> <p>6 Hospital Público</p> <p>7 Instituição de reabilitação pública</p> <p>8 Hospital mantido por doações ou instituição religiosa</p> <p>9 Visita domiciliar</p> <p>Outro, especificar:</p>	
<p>I6013 Qual era o nome desta instituição de saúde?</p>		
<p>I6014 Pensando em sua última consulta a um profissional da saúde nos últimos 12 meses: Qual profissional você consultou? <i>ENTREVISTADOR: após esta pergunta, substitua o tipo de profissional da saúde selecionado pelo paciente ao ver [profissional da saúde] entre colchetes.</i></p>	<p>1 Médico (incluindo cirurgião, ginecologista, psiquiatra, oftalmologista, etc.)</p> <p>2 Enfermeira/partera</p> <p>3 Dentista</p> <p>4 Fisioterapeuta ou quiroprata</p> <p>5 Psicólogo</p> <p>6 Profissional de medicina alternativa</p> <p>7 Farmacêutico</p> <p>8 Cuidador domiciliar</p> <p>88 Não sabe</p>	

I6015	Qual era o sexo do [profissional da saúde]?	1 Masculino 2 Feminino	
I6016	Você procurou o [profissional da saúde] para tratar uma condição crônica, uma nova condição, ambas ou para um exame de rotina?	1 Crônica 2 Nova 3 Ambas 4 Exame de rotina	
I6017	Qual razão melhor descreve por que você precisou desta consulta? <i>ENTREVISTADOR: O participante deve selecionar APENAS uma razão principal pela consulta. UTILIZE O CARTÃO 16. Insira o número da opção selecionada.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1 Doença contagiosa (infecções, malária, tuberculose, HIV) 2 Condições maternas ou perinatais (gestação) 3 Deficiências nutricionais 4 Condições agudas (diarreia, febre, resfriado, dor de cabeça, tosse, outras) 5 Lesões (não relacionadas ao trabalho, vide item 8 abaixo) 6 Cirurgia 7 Problemas para dormir 8 Lesão, doença ou outra condição de saúde relacionada ao trabalho 9 Dor crônica nas articulações/artrite (articulações, costas, pescoço) 10 Diabetes ou complicações relacionadas 11 Problemas cardíacos, incluindo dor no peito sem razão aparente 12 Problemas na boca, dentes ou dificuldade para engolir		13 Problemas para respirar 14 Pressão alta (hipertensão) 15 Derrame (AVC) ou paralisia repentina em um dos lados do corpo 16 Dor generalizada (estômago, músculos ou outra dor não específica) 17 Depressão ou ansiedade 18 Câncer 19 Arboviroses (Dengue, vírus Zika, Chikungunya ou Febre Amarela) 20 Coronavírus (COVID-19) 87 Outro, especificar	
I6018	Nos últimos 12 meses, houve algum momento em que você precisou de assistência à saúde que não exigiu internação, porém não recebeu a assistência necessária?	Sim=1 Não=5 →	Se 5, vá para I6021
I6019	Qual foi o principal motivo pelo qual você precisou de assistência, mesmo que não a tenha recebido? <i>ENTREVISTADOR: O participante deve selecionar APENAS uma razão principal pela consulta. UTILIZE O CARTÃO 16. Insira o número da opção selecionada.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1 Doença contagiosa (infecções, malária, tuberculose, HIV) 2 Condições maternas ou perinatais (gestação) 3 Deficiências nutricionais 4 Condições agudas (diarreia, febre, resfriado, dor de cabeça, tosse, outras) 5 Lesões (não relacionadas ao trabalho, vide item 8 abaixo) 6 Cirurgia 7 Problemas para dormir 8 Lesão, doença ou outra condição de saúde relacionada ao trabalho 9 Dor crônica nas articulações/artrite (articulações, costas, pescoço) 10 Diabetes ou complicações relacionadas 11 Problemas cardíacos, incluindo dor no peito sem razão aparente 12 Problemas na boca, dentes ou dificuldade para engolir		13 Problemas para respirar 14 Pressão alta (hipertensão) 15 Derrame (AVC) ou paralisia repentina em um dos lados do corpo 16 Dor generalizada (estômago, músculos ou outra dor não específica) 17 Depressão ou ansiedade 18 Câncer 19 Arboviroses (Dengue, vírus Zika, Chikungunya ou Febre Amarela) 20 Coronavírus (COVID-19) 87 Outro, especificar	
I6020	Porque você não conseguiu receber assistência à saúde? <i>ENTREVISTADOR: Circule todas as alternativas indicadas pelo participante.</i>	1 Não tinha dinheiro para pagar a consulta 2 Não tinha transporte disponível 3 Não conseguiu pagar transporte 4 Você foi mal atendido anteriormente 5 Não conseguiu folga no trabalho ou tinha outros compromissos 6 Os medicamentos ou equipamentos dos profissional de saúde não foram adequados 7 As habilidades do profissional de saúde não eram adequadas 8 Não sabia aonde procurar assistência 9 Tentou, mas acesso ao serviço de saúde foi negado 10 Pensou não estar doente o suficiente 87 Outro, especificar:	
RESPONSIVIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE			

Agora, gostaria que pensasse novamente sobre a sua ida mais recente a um serviço de saúde. Gostaria de saber o que achou de seu último atendimento de assistência à saúde. Classifique as suas experiências por meio das seguintes perguntas.

ENTREVISTADOR: USE CARTÃO 5.

Pensando em seu <u>último atendimento</u> com <u>profissional da saúde</u> , como você avaliaria:		Muito bom/ boa	Bom/boa	Regular	Ruim	Muito ruim
I6021	... o tempo que você esperou para ser atendido?	1	2	3	4	5
I6022	... a sua experiência em ser tratado com respeito?	1	2	3	4	5
I6023	... o quanto os profissionais de saúde foram <u>claros</u> ao <u>explicar</u> as coisas para você?	1	2	3	4	5
I6024	... a sua experiência em estar envolvido na <u>tomada de decisão</u> sobre o tratamento escolhido?	1	2	3	4	5
I6025	... a forma como os serviços de saúde garantiram que você pudesse <u>falar em particular</u> com os profissionais?	1	2	3	4	5
I6026	... a facilidade com a qual você se consultou com um profissional de saúde de seu agrado?	1	2	3	4	5
I6027	... a <u>limpeza</u> na instituição de saúde?	1	2	3	4	5

Gostaríamos de finalizar este módulo fazendo duas perguntas sobre a sua satisfação com o Sistema Único de Saúde no Brasil.

ENTREVISTADOR: USE O CARTÃO 17 E EM SEGUIDA O 05.

I6028	Em geral, quão satisfeito você está, com os serviços de saúde prestados no Brasil - você está muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, um pouco insatisfeito ou muito insatisfeito?	1 Muito satisfeito	2 Satisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Insatisfeito	5 Muito insatisfeito
I6029	Como você classificaria a forma como o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil envolve você nas decisões sobre os tipos e onde os serviços de saúde são prestados?	1 Muito boa	2 Boa	3 Nem boa nem ruim	4 Ruim	5 Muito ruim

Módulo 7000: BEM-ESTAR

QUALIDADE DE VIDA

Agora, eu irei fazer algumas perguntas sobre como você avalia a sua qualidade de vida em geral e em outras áreas da sua vida. Por favor, responda considerando a sua vida nos últimos 30 dias. Tenha em mente os seus valores, expectativas, prazeres e preocupações.

ENTREVISTADOR: USE O CARTÃO 05.

I7001	Nos últimos 30 dias, como você classificaria a sua qualidade de vida?	1 Muito boa	2 Boa	3 Nem boa nem ruim	4 Ruim	5 Muito ruim
ENTREVISTADOR: USE O CARTÃO 17.		1 Muito satisfeito	2 Satisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Insatisfeito	5 Muito insatisfeito
I7002	Quão <u>satisfeito(a)</u> você está com a sua <u>saúde</u> ?	1	2	3	4	5
I7003	Quão <u>satisfeito(a)</u> você está <u>com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia</u> ?	1	2	3	4	5
I7004	Quão <u>satisfeito(a)</u> você está <u>consigo mesmo</u> ?	1	2	3	4	5
I7005	Quão <u>satisfeito(a)</u> você está com suas <u>relações pessoais</u> ?	1	2	3	4	5
I7006	Quão <u>satisfeito(a)</u> você está <u>com as condições do local onde mora</u> ?	1	2	3	4	5
ENTREVISTADOR: USE O CARTÃO 03.		1 Nem um pouco	2	3	4	5 Totalmente
I7007	Você tem <u>energia suficiente</u> para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
I7008	Você tem <u>dinheiro suficiente</u> para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
As próximas perguntas são sobre como você se sente em relação a diferentes aspectos da sua vida. Para cada pergunta, diga-me com que frequência você se sente dessa maneira.		1 Eu nunca me sinto assim	2	3	4	5 Eu me sinto assim com frequência
I7009	Quão sozinho você se sente em sua vida?	1	2	3	4	5
I7010	Com que frequência você sente falta de companhia?	1	2	3	4	5
I7011	Com que frequência você se sente abandonado(a)?	1	2	3	4	5
I7012	Com que frequência você se sente isolado(a) dos outros?	1	2	3	4	5

Agora, gostaria que você pensasse sobre o dia de ontem. O que você fez ontem e como se sentiu?

I7013	Para começar, por favor, diga-me a que horas você acordou ontem? <i>ENTREVISTADOR: Insira o horário usando quatro dígitos, utilizando a convenção de 00 a 24.</i>	□□ : □□
I7014	E a que horas você foi dormir ontem? <i>ENTREVISTADOR: Insira o horário usando quatro dígitos, utilizando a convenção de 00 a 24.</i>	□□ : □□

Agora, por favor, pare por alguns segundos para lembrar as atividades e experiências de ontem. Irei fazer algumas perguntas sobre as experiências que você teve ontem.

ENTREVISTADOR: USE O CARTÃO 06.

ENTREVISTADOR: repita "ontem..." e leia as opções de resposta pelo menos duas vezes.

		1 Nem um pouco	2	3	4	5 Muito
I7015	Você se sentiu feliz <u>ontem</u> ? Você diria que nem um pouco, um pouco, mais ou menos, feliz ou muito feliz?	1	2	3	4	5
I7016	Você se sentiu entusiasmado <u>ontem</u> ? Você diria que nem um pouco, um pouco, mais ou menos, entusiasmado ou muito entusiasmado?	1	2	3	4	5
I7017	Você se sentiu disposto(a) <u>ontem</u> ?	1	2	3	4	5
I7018	Você sentiu raiva <u>ontem</u> ?	1	2	3	4	5
I7019	Você se sentiu frustrado(a) <u>ontem</u> ?	1	2	3	4	5
I7020	Você se sentiu cansado(a) <u>ontem</u> ?	1	2	3	4	5
I7021	Você se sentiu triste <u>ontem</u> ?	1	2	3	4	5
I7022	Você se sentiu estressado <u>ontem</u> ?	1	2	3	4	5
I7023	Você se sentiu sozinho <u>ontem</u> ?	1	2	3	4	5
I7024	Você se sentiu preocupado <u>ontem</u> ?	1	2	3	4	5
I7025	Você se sentiu entediado(a) <u>ontem</u> ?	1	2	3	4	5
I7026	Você sentiu dor <u>ontem</u> ?	1	2	3	4	5

Módulo 8000: EMPODERAMENTO

Até que ponto você concorda com as seguintes afirmações sobre você? <i>ENTREVISTADOR: Use o cartão 18.</i>		1 Discordo totalmente	2 Discordo um pouco	3 Nem concordo nem discordo	4 Concordo um pouco	5 Concordo totalmente
I8001	Até que ponto você concorda com a afirmação de que você é uma pessoa reservada?	1	2	3	4	5
I8002	Até que ponto você concorda com a afirmação de que você é uma pessoa geralmente confiável?	1	2	3	4	5
I8003	Até que ponto você concorda com a afirmação de que você tende a ser uma pessoa preguiçosa?	1	2	3	4	5
I8004	Até que ponto você concorda com a afirmação de que você é uma pessoa tranquila e que controla bem o estresse?	1	2	3	4	5
I8005	Até que ponto você concorda com a afirmação de que você é uma pessoa que tem poucos interesses artísticos?	1	2	3	4	5
I8006	Até que ponto você concorda com a afirmação de que você é uma pessoa sociável e extrovertida?	1	2	3	4	5
I8007	Até que ponto você concorda com a afirmação de que você é uma pessoa que tende a culpar os outros?	1	2	3	4	5
I8008	Até que ponto você concorda com a afirmação de que você é uma pessoa que insiste até concluir a tarefa ou trabalho bem executado?	1	2	3	4	5
I8009	Até que ponto você concorda com a afirmação de que você é uma pessoa que fica nervosa facilmente?	1	2	3	4	5
I8010	Até que ponto você concorda com a afirmação de que você é uma pessoa que tem uma imaginação fértil?	1	2	3	4	5
Agora irei fazer algumas perguntas sobre como você se vê. <i>ENTREVISTADOR: Use o cartão 03.</i>		1 Nem um pouco	2	3	4	5 Totalmente
I8011	Até que ponto você acredita que pode encontrar uma forma de conseguir o que deseja, quando alguém se opõe a você?	1	2	3	4	5
I8012	Até que ponto você acredita que pode <u>lidar de maneira eficiente com eventos inesperados</u> ?	1	2	3	4	5
I8013	Você acredita que os problemas que me contou tornaram você uma pessoa mais forte?	1	2	3	4	5
I8014	Você acredita que os problemas que me contou tornaram você uma pessoa mais determinada para alcançar os próprios objetivos?	1	2	3	4	5
I8015	Você precisa que alguém “tome seu partido” quando você tem problemas?	1	2	3	4	5
I8016	Você se preocupa com o que pode acontecer com você no futuro? Por exemplo, pensando sobre não ser capaz de cuidar de si mesmo(a) ou sobre ser um peso para os outros no futuro	1	2	3	4	5
I8017	Você se sente no controle da sua vida? Por exemplo, você se sente comandando a sua vida?	1	2	3	4	5
I8018	Você está satisfeito(a) com sua habilidade para se comunicar com outras pessoas? Por exemplo, como você diz as coisas ou defende seu ponto de vista, o modo como você entende as outras pessoas, através de palavras ou sinais.	1	2	3	4	5
I8019	Você está satisfeito(a) com as suas chances de se envolver em atividades sociais? Por exemplo, de encontrar amigos, de sair para comer fora, de ir a uma festa, etc.	1	2	3	4	5
I8020	Você sente que seus sonhos, expectativas e desejos irão se realizar?	1	2	3	4	5

Módulo 9000: OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR

H9001	Havia mais alguém presente durante a entrevista?					1 Sim 5 Não
H9002	Como você avalia a precisão das respostas do declarante?	1 Muito alta	2 Alta	3 Mediana	4 Baixa	5 Muito baixa
H9003	Como você avalia a cooperação do participante da pesquisa?	1 Muito alta	2 Alta	3 Mediana	4 Baixa	5 Muito baixa
H9004	Comentários:					
H9005	Horário do final da entrevista:					