UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA

ESTUDO LONGITUDINAL DOS NASCIDOS EM 1982
ACOMPANHAMENTO DOS 40 ANOS – 2022

QUESTIONÁRIO GERAL

IDENTIFICAÇÃO

Número de identificação do questionário: _____-__

Entrevistador(a)_____

Número de identificação do(a) entrevistador(a) _____

Qual seu primeiro nome? _____

Qual a sua data de nascimento? ___/___/_____

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

A sua cor ou raça é:
(1) Branca
(2) Preta ou negra
(3) Parda
(4) Amarela
(5) Indígena

BLOCO A – CONTATO

NÓS VAMOS CONVERSAR SOBRE VÁRIOS TEMAS. VAMOS COMEÇAR FALANDO SOBRE ONDE MORAS.

A01. Você mora em Pelotas?
(0) Não
(1) Sim →*VÁ PARA PERGUNTA A03*

A02. Qual a cidade que você mora? _____

A03. Qual o seu endereço?
_____

A04. Qual o número do seu apartamento ou casa (bloco, ordem da casa no terreno)?
_____

A05. Em que bairro você mora? _____

A06. Se alguém for lhe visitar, como você explicaria para chegar na sua casa, por exemplo, fale um ponto de referência próximo da sua casa como supermercado, loja, farmácia, oficina?
_____
_____

A07. Qual o seu telefone, com DDD?
A07.1. Celular:_____
A07.2. Casa:_____
A07.3. Trabalho:_____

A08. Você usa o *WhatsApp*?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA A09*
(1) Sim

A08.1. É o mesmo número do celular?
(0) Não
(1) Sim →*VÁ PARA PERGUNTA A09*

A08.2. Qual o número do seu *WhatsApp*? _____

A09. Você tem e-mail?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA A10*
(1) Sim
SE SIM:
A09.1. Qual é o e-mail que você mais usa? _____

A10. Você tem *Facebook*?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA A11*
(1) Sim
SE SIM:
A10.1. Qual é o seu nome no Facebook? _____

A11. Você tem *Twitter*?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA A12*
(1) Sim
SE SIM:
A11.1. Qual é o seu nome no *Twitter*? _____

A12. Você tem *Instagram*?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA A13*
(1) Sim
SE SIM:
A12.1. Qual é o seu nome no Instagram? _____

A13. Você tem *Telegram*?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA A14*
(1) Sim
A13.1. É o mesmo número do celular?
(0) Não
(1) Sim →*VÁ PARA PERGUNTA A14*

A13.2. Qual seu número no *Telegram*? _____

A14. Você usa outra rede social que não foi citada anteriormente?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA A15*
(1) Sim
SE SIM:
A14.1. Qual é a rede social? _____
A14.2. Qual é a sua identificação nesta rede social? _____

PESSOAS DE REFERÊNCIA:

A15. Você tem algum parente ou vizinho que possamos procurar para fazer contato contigo?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA A16*
(1) Sim
SE SIM:
A15.1. Qual é o nome dele(a)? _____

A15.2. Ele(a) mora em Pelotas?
(0) Não
(1) Sim →*VÁ PARA PERGUNTA A15.4*

A15.3. Em que cidade ele(a) mora? _____

A15.4. Qual o endereço da casa onde ele(a) mora? _____

QUESTÕES A15.5 E A15.6 – SOMENTE PARA QUEM RESPONDEU SIM NA PERGUNTA A15.2:
A15.5 Me fale um ponto de referência próximo à casa dele(a)?
_____

A15.6. Em que bairro está localizada a casa do seu parente ou amigo(a)?_____

A15.7 Qual o telefone dele(a), com DDD? _____

A15.8 Ele(a) tem algum outro telefone? _____

A16. Você tem outro telefone de contato para nos informar, pode ser de um parente ou amigo(a)?
(0) Não →*VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (B)*
(1) Sim

A16.1.	**Nome:**	_____	A15.4.	**Fone com DDD:** _____
A16.2.	**Nome:**	_____	A15.5.	**Fone com DDD:** _____
A16.3	**Nome:**	_____	A15.6.	**Fone com DDD:** _____

BLOCO B - ESCOLARIDADE

AGORA VAMOS FALAR SOBRE SEUS ESTUDOS

B01. Você está estudando atualmente?
(0) Não
(1) Sim →*VÁ PARA PERGUNTA B03*

SE NÃO ESTÁ ESTUDANDO:

B02. Qual a sua escolaridade?

(1) Não frequentou a escola
(2) Fundamental incompleto
(3) Fundamental completo
(4) Ensino médio incompleto
(5) Ensino médio completo
(6) Ensino superior incompleto
(7) Ensino superior completo
(8) Pós-graduação

B02.1. *SE FUNDAMENTAL INCOMPLETO*: **Até que série ou ano você completou?**

_____série/ano

SE ESTÁ ESTUDANDO:

B03. Em qual grau você está estudando?

(1) Fundamental
(2) Médio
(3) Faculdade
(4) Pós-graduação
(5) Outro: Qual? _____

B03.1. Em que série ou ano tu estás?

B03.1.1. _____série/ano

BLOCO C - TRABALHO

Agora vamos conversar sobre trabalho, independente se você é empregado ou tem um negócio próprio. Pense em todas as vezes em que realizou um trabalho e foi remunerado por ele, considerando o último mês.

C01. No último mês, você trabalhou sendo pago(a)?

(0) Não
(1) Sim →*VÁ PARA PERGUNTA C02*
(2) Não, porque estava em licença →*VÁ PARA PERGUNTA C02*
(3) Não, porque estava em férias →*VÁ PARA PERGUNTA C02*

SE NÃO TRABALHA:

C01.1 Você está procurando emprego?

(0) Não →*VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (D)*
(1) Sim →*VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (D)*

SE TRABALHA, EM LICENÇA OU EM FÉRIAS:

C02. Quanto você recebeu no mês passado pelo seu trabalho?

C02.1. Em reais?_____[999999999=IGN;8888888888=NSA]

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O EMPREGO QUE TE PAGA MAIS

C03. Você é empregado(a), patrão(a) ou trabalha por conta própria?

(1) Empregado(a)
(2) Empregador(a)
(3) Conta própria/autônomo(a)
(4) Estudo/Estágio remunerado →*VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (D)*
(5) Estudo/Estágio não-remunerado →*VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (D)*

C04. No último mês, quantas horas você trabalhou por dia?_____horas por dia [99=LICENÇA HÁ MAIS DE 1MÊS]

C05. Que tipo de firma ou empresa você trabalhou no último mês?

C05.1.Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	(0) Não (1) Sim
C05.2. Indústrias	(0) Não (1) Sim
C05.3. Eletricidade, gás, água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação	(0) Não (1) Sim
C05.4. Construção	(0) Não (1) Sim
C05.5. Comércio	(0) Não (1) Sim
C05.6. Alojamento e alimentação	(0) Não (1) Sim
C05.7. Transporte, armazenagem e correio	(0) Não (1) Sim
C05.8. Informação e comunicação	(0) Não (1) Sim
C05.9. Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados	(0) Não (1) Sim
C05.10. Atividades imobiliárias	(0) Não (1) Sim
C05.11. Atividades profissionais, científicas e técnicas	(0) Não (1) Sim
C05.12. Administração pública, defesa e seguridade social	(0) Não (1) Sim
C05.13. Educação	(0) Não (1) Sim
C05.14. Saúde humana e serviços sociais	(0) Não (1) Sim
C05.15. Artes, cultura, esporte e recreação	(0) Não (1) Sim
C05.16. Serviços domésticos	(0) Não (1) Sim
C05.17. Outras atividades de serviços	(0) Não (1) Sim

SE OUTRO,
C05.17.1 Qual? _____ [99=LICENÇA HÁ MAIS DE 1MÊS]

C05.18. Que tipo de trabalho você fez no último mês? Me descreva detalhadamente:
_____ [99=LICENÇA HÁ MAIS DE 1MÊS]

BLOCO D - FAMÍLIA E RENDA

AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SUA FAMÍLIA E A SUA CASA

D01. Você é...
(1) Solteiro(a)
(2) Casado(a) ou mora junto com companheiro(a)
(3) Separado(a)
(4) Viúvo(a)

D02. Contando contigo, quantas pessoas moram em sua casa? _____

D03. Quem são as pessoas que moram contigo? *(Pode marcar mais de uma opção)*
(1) Pai
(2) Mãe
(3) Padrasto
(4) Madrasta
(5) Irmãos
(6) Companheiro(a)
(7) Filhos(as)
(8) Enteados(as)
(9) Avós
(10) Outros: _____ →*VÁ PARA PERGUNTA D03.1*

SE OUTROS:
D03.1. Quem?_____

D04. A casa onde você mora é...
(1) Própria
(2) Alugada
(3) Emprestada
(4) Pensão/pensionato, hotel
(5) Outro: _____ →*VÁ PARA PERGUNTA D04.1*

SE OUTRO:
D04.1. Descreva sobre a sua casa: _____

D05. Em sua casa há algum animal de estimação, como cachorro, gato, aves ou peixes?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA D06*
(1) Sim
(8) IGN

D05.1. Quantos destes animais há na sua casa?
D05.1.1. Cachorro(s) _____
D05.1.2. Gato(s) _____
D05.1.3. Ave(s) _____
D05.1.4. Peixe(s) _____

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A RENDA DA SUA CASA

D06. No mês passado, você recebeu o Auxílio Brasil?
(0) Não
(1) Sim

D07. No mês passado quanto receberam as pessoas da casa? Por favor, leve em consideração todos os rendimentos regulares como aluguel, algum benefício social como seguro desemprego, aposentadoria, auxílio Brasil, pensão ou outro.
D07.1. Pessoa 1 R$ __ __ __ __ __ __ por mês
D07.2. Pessoa 2 R$ __ __ __ __ __ __ por mês
D07.3. Pessoa 3 R$ __ __ __ __ __ __ por mês
D07.4. Pessoa 4 R$ __ __ __ __ __ __ por mês
D07.5. Pessoa 5 R$ __ __ __ __ __ __ por mês
D07.6. Pessoa 6 R$ __ __ __ __ __ __ por mês
D07.7. Pessoa 7 R$ __ __ __ __ __ __ por mês
D07.8. Pessoa 8 R$ __ __ __ __ __ __ por mês
D07.9. Pessoa 9 R$ __ __ __ __ __ __ por mês
D07.10. Pessoa 10 R$ __ __ __ __ __ __ por mês

AGORA VOU FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE O CHEFE DA FAMÍLIA. CONSIDERE COMO CHEFE AQUELA PESSOA QUE É O RESPONSÁVEL PELA UNIDADE FAMILIAR.

D08. Quem é o chefe da família?
(1) Pai
(2) Mãe
(3) Avô
(4) Avó
(5) Você →*VÁ PARA PERGUNTA D10*
(6) Marido/Companheiro
(7) Esposa/Companheira
(8) Outro →*VÁ PARA PERGUNTA D08.1*

SE OUTRO:
D08.1. Quem?_____

D09. Qual é a escolaridade do chefe da família?
(1) Não frequentou a escola
(2) Fundamental incompleto
(3) Fundamental completo
(4) Ensino médio incompleto
(5) Ensino médio completo
(6) Ensino superior incompleto
(7) Ensino superior completo
(8) Pós-graduação

D09.1. Até que série ou ano ele(a) completou?
D09.1.1. _____série/ano

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens da casa. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

D10. Na casa tem:

D10.1. Automóveis para uso particular?	(0) Não	(1) 1	(2) 2	(3) 3	(4) 4 ou mais
D10.2. Empregados mensalistas? (Considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana)	(0) Não	(1) 1	(2) 2	(3) 3	(4) 4 ou mais
D10.3. Máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho?	(0) Não	(1) 1	(2) 2	(3) 3	(4) 4 ou mais
D10.4. Banheiros?	(0) Não	(1) 1	(2) 2	(3) 3	(4) 4 ou mais
D10.5. DVD? (Desconsiderando DVD de automóvel)	(0) Não	(1) 1	(2) 2	(3) 3	(4) 4 ou mais
D1.6 Geladeiras?	(0) Não	(1) 1	(2) 2	(3) 3	(4) 4 ou mais
D10.7 *Freezers* independentes ou parte da geladeira duplex?	(0) Não	(1) 1	(2) 2	(3) 3	(4) 4 ou mais
D10.8 Microcomputadores? (Considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones)	(0) Não	(1) 1	(2) 2	(3) 3	(4) 4 ou mais
D10.9. Lavadora de louças?	(0) Não	(1) 1	(2) 2	(3) 3	(4) 4 ou mais
D10.10. Fornos de micro-ondas?	(0) Não	(1) 1	(2) 2	(3) 3	(4) 4 ou mais
D10.11. Motocicletas para uso particular?	(0) Não	(1) 1	(2) 2	(3) 3	(4) 4 ou mais
D10.12. Máquinas secadoras de roupas? (Considerando lava e seca)	(0) Não	(1) 1	(2) 2	(3) 3	(4) 4 ou mais

D11. A água utilizada nesta casa é proveniente de?
(1) Rede geral de distribuição (SANEP)
(0) Poço ou nascente
(1) Outra fonte

D12. A rua na frente da sua casa é?
(1) Asfaltada/pavimentada
(0) Terra/cascalho

SE SIM NA D10.8 TEM COMPUTADOR OU NOTEBOOK:
D13. Vocês têm internet em casa?
(0) Não
(1) Sim

D14. Vocês têm internet móvel no celular (3G, 4G ou 5G)?
(0) Não
(1) Sim

SE SIM NA D10.4 TEM BANHEIRO:
D15. Quantos banheiros com chuveiro têm na casa?_____

D16. Quantas peças são utilizadas para dormir?_____

BLOCO E - USO DE MÍDIAS

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE USO DE REDES SOCIAIS E OUTROS TIPOS DE MÍDIAS

E01. Com que frequência você acessa notícias através da internet?
(1) Frequentemente
(2) Às vezes
(3) Quase nunca
(4) Nunca

E02. Você confia nas informações que obtém através de mídias sociais, como Facebook, Twitter, Instagram, WhatsApp dentre outras?
(0) Não
(1) Sim

E03. Com que frequência você costuma checar se as notícias que chegam até você são verdadeiras, seja através de sites, aplicativos ou mídias sociais, como Facebook, Twitter, Instagram, WhatsApp dentre outras?
(1) Frequentemente
(2) Às vezes
(3) Quase nunca
(4) Nunca

E04. Com que frequência você costuma compartilhar notícias que chegam até você, sejam elas obtidas em sites, aplicativos ou mídias sociais, como Facebook, Twitter, Instagram, WhatsApp dentre outros?
(1) Frequentemente
(2) Às vezes
(3) Quase nunca
(4) Nunca

BLOCO F - ATIVIDADE FÍSICA

F01.Você tem algum problema de saúde que te impede de caminhar (como paraplegia, tetraplegia, amputação de pernas)?
(0) Não
(1) Sim (PULAR PARA O BLOCO G)

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **NORMAL USUAL ou HABITUAL**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte,

por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no pátio/jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo.

Para responder as questões lembre que:
• Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
• Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM **POUCO** mais forte que o normal

SEÇÃO 1 – ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

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

F02. Em quantos dias de uma semana normal você anda de bicicleta por **pelo menos 10 minutos contínuos, ou seja, sem parar** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício)
__ __ dias por SEMANA
SE NENHUM DIA - VÁ PARA A QUESTÃO F04.

F03. Nos dias que você pedala, quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?
__ __ horas
__ __ minutos

F04. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por **pelo menos 10 minutos contínuos, ou seja, sem parar** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua o caminhar por lazer ou exercício)
__ __ dias por SEMANA
SE NENHUM DIA - VÁ PARA A SEÇÃO 2.

F05. Quando você caminha para ir de um lugar para outro, quanto tempo **POR DIA** você gasta?
__ __ horas
__ __ minutos

SEÇÃO 2 – ATIVIDADE FÍSICA DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

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

F06. **Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente**, em quantos dias de uma semana normal, você caminha **pelo menos 10 minutos contínuos, ou seja, sem parar** no seu tempo livre?
__ __ dias por SEMANA
SE NENHUM DIA - VÁ PARA QUESTÃO F08.

F07. Nos dias em que você caminha **no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?
__ __ horas
__ __ minutos

Agora vamos falar sobre atividades físicas **vigorosas,** lembrando, são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **muito** mais forte que o normal

F08. Em quantos dias de uma semana normal, você faz atividades **vigorosas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido, *cross fit* ou outra atividade vigorosa.
__ __ dias por SEMANA
SE NENHUM DIA - VÁ PARA QUESTÃO F10.

E09. Nos dias em que você faz estas atividades **vigorosas no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?
__ __ horas
__ __ minutos

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS **MODERADAS,** LEMBRANDO, SÃO AQUELAS QUE PRECISAM DE ALGUM ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR UM **POUCO** MAIS FORTE QUE O NORMAL

F10. Em quantos dias de uma semana normal, você faz atividades **moderadas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis:
__ __ dias por SEMANA
SE NENHUM DIA - VÁ PARA SEÇÃO 3

F11. Nos dias em que você faz estas atividades **moderadas no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?
__ __ horas
__ __ minutos

SEÇÃO 3 – TEMPO GASTO SENTADO

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

F12. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?
__ __ horas
__ __ minutos

F13. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?
__ __ horas
__ __ minutos

F14. O(A) Sr.(a) faz alguma atividade física ou exercício físico que exija força muscular, como musculação, *crossfit*, pilates ou outra modalidade?
(0) Não → *VÁ PARA O BLOCO G*
(1) Sim

F15. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz esse tipo de atividade física ou exercício físico?
__ __ dias

BLOCO G - ALIMENTAÇÃO

AGORA VAMOS FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO.

G01. AGORA VAMOS LISTAR ALGUNS ALIMENTOS E GOSTARIA QUE VOCÊ ME DISSESSE SE COMEU ALGUM DELES ONTEM (DESDE QUANDO ACORDOU ATÉ QUANDO FOI DORMIR). *SE O DIA ANTERIOR A ENTREVISTA FOR FINAL DE SEMANA OU FERIADO, POR FAVOR CONSIDERE O SEU ÚLTIMO DIA DE ALIMENTAÇÃO HABITUAL.*

G01.1. Alface, couve, brotos, rúcula, agrião ou espinafre	(0) Não (1) Sim
G01.2. Abóbora, cenoura, batata-doce ou quiabo/caruru	(0) Não (1) Sim
G01.3. Mamão, manga, melão, pêssego, caju, carambola ou pequi	(0) Não (1) Sim
G01.4. Beterraba,chuchu, ervilha verde, nabo, quiabo ou vagem	(0) Não (1) Sim
G01.5. Repolho, jiló, couve-flor, tomate, pepino, brócolis ou rabanete	(0) Não (1) Sim
G01.6. Laranja, bergamota, lima, limão, banana, maçã ou abacaxi	(0) Não (1) Sim
G01.7. Morango, melancia, pitanga, goiaba, uva ou ameixa	(0) Não (1) Sim
G01.8. Abacate, fruta do conde, pêra, caqui ou pitaya	(0) Não (1) Sim
G01.9. Arroz, macarrão, polenta, cuscuz ou milho verde	(0) Não (1) Sim
G01.10. Feijão, ervilha, lentilha ou grão de bico	(0) Não (1) Sim

G01.11. Batata comum, mandioca, cará ou inhame	(0) Não (1) Sim
G01.12. Carne de boi, porco, frango ou peixe	(0) Não (1) Sim
G01.13. Ovo	(0) Não (1) Sim
G01.14. Leite	(0) Não (1) Sim
G01.15. Amendoim, castanha de caju ou castanha do Brasil/Pará	(0) Não (1) Sim
G01.16. Suco de fruta natural ou integral	(0) Não (1) Sim
G01.17. Refrigerante tradicional	(0) Não (1) Sim
G01.18. Refrigerante light, diet ou zero	(0) Não (1) Sim
G01.19. Suco de fruta em caixa, caixinha ou lata	(0) Não (1) Sim
G01.20. Refresco em pó	(0) Não (1) Sim
G01.21. Bebida achocolatada	(0) Não (1) Sim
G01.22. Iogurte com sabor	(0) Não (1) Sim
G01.23. Salgadinho de pacote (ou chips), batata palha ou biscoito/bolacha salgado	(0) Não (1) Sim
G01.24. Biscoito/bolacha doce com ou sem recheio	(0) Não (1) Sim
G01.25. Bolinho de pacote	(0) Não (1) Sim
G01.26. Barra de cereal	(0) Não (1) Sim
G01.27. Sorvete, picolé, gelatina, flan ou outra sobremesa industrializada	(0) Não (1) Sim
G01.28. Chocolate em barra ou bombom	(0) Não (1) Sim
G01.29. Cereal matinal açucarado	(0) Não (1) Sim
G01.30. Salsicha, hambúrguer ou nuggets	(0) Não (1) Sim
G01.31. Presunto, salame ou mortadela	(0) Não (1) Sim
G01.32. Pão de forma, de cachorro-quente ou de hambúrguer	(0) Não (1) Sim
G01.33. Maionese, ketchup ou mostarda	(0) Não (1) Sim
G01.34. Margarina	(0) Não (1) Sim
G01.35. Batata frita congelada ou de *fastfood*	(0) Não (1) Sim
G01.36. Molho pronto para salada	(0) Não (1) Sim
G01.37. Macarrão instantâneo, sopa de pacote, pizza congelada, lasanha congelada ou outro prato pronto comprado congelado	(0) Não (1) Sim

G02. Você usa açúcar no café, chá ou suco?
(0) Não
(1) Sim

G03. Você usa adoçante no café, chá ou suco?
(0) Não
(1) Sim

G04. Quais refeições você faz ao longo do dia?

G04.1. Café da manhã	(0) Não (1) Sim
G04.2. Lanche da manhã	(0) Não (1) Sim
G04.3. Almoço	(0) Não (1) Sim
G04.4. Lanche da tarde	(0) Não (1) Sim
G04.5. Jantar	(0) Não (1) Sim
G04.6. Ceia	(0) Não (1) Sim

G05. Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?
(0) Não
(1) Sim

G06. Nos últimos três meses os(as) moradores(as) desta casa tiveram a preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida?
(0) Não
(1) Sim

G07. Nos últimos três meses os alimentos acabaram antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida?
(0) Não
(1) Sim

G08. Nos últimos três meses os(as) moradores(as) desta casa ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?
(0) Não
(1) Sim

G09. Nos últimos três meses os(as) moradores(as) desta casa comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou?
(0) Não
(1) Sim

G10. Nos últimos três meses algum(a) morador(a) de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida?
(0) Não
(1) Sim

G11. Nos últimos três meses algum(a) morador(a) de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, comeu menos do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida?
(0) Não
(1) Sim

G12. Nos últimos três meses algum(a) morador(a) de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, sentiu fome, mas não comeu, porque não havia dinheiro para comprar comida?
(0) Não
(1) Sim

G13. Nos últimos três meses algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida?
(0) Não
(1) Sim

BLOCO H - FUMO

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE FUMO

H01. Você já teve o costume de fumar pelo menos uma vez por semana?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA H08*
(1) Sim

SE SIM:
H01.1. Com que idade você começou a fumar?_____anos [99=IGN]

H02. Você ainda fuma?
(0) Não
(1) Sim →*VÁ PARA PERGUNTA H03*

SE NÃO:
H02.1. Com que idade você parou de fumar?_____anos [99=IGN] →*VÁ PARA PERGUNTA H08*

H03. Quantos dias você fumou na última semana? __ dias

H04. Quantos cigarros você fuma por dia?_____cigarros [99=IGN]

H05. Alguma vez você já tentou parar de fumar?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA H08*
(1) Sim

H05.1. Quantas vezes?
(1) De 1 a 3 vezes
(2) 4 ou mais vezes

H05.2. Em alguma das tentativas, você conseguiu parar de fumar?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA H08*
(1) Sim

H06. Com que idade você parou de fumar?_____anos [99=IGN]

H07. Com que idade você voltou a fumar?_____anos [99=IGN]

H08. Alguma pessoa que mora contigo fuma?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA H08*
(1) Sim

H08.1. Essa(s) pessoa(s) fuma(m) dentro da sua casa?
(0) Não
(1) Sim

H09. Você já fumou narguilé alguma vez na vida?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA H10*
(1) Sim, com tabaco puro ou com sabor, essência
(2) Sim, com outras substâncias
(3) Sim, com tabaco e com outras substâncias

H09.1. Quantos anos você tinha quando experimentou narguilé pela primeira vez? _____ [9=IGN]

H09.2. No último mês, quantas vezes você fumou narguilé? _____ [9=IGN]

H10. Você já fumou cigarro eletrônico ou VAPE alguma vez na vida?
(0) Não →*VÁ PARA O BLOCO I*
(1) Sim

H10.1. Quantos anos você tinha quando experimentou cigarro eletrônico ou VAPE pela primeira vez? _____[9=IGN]

H10.2. Você atualmente usa cigarro eletrônico ou VAPE?
(0) Não →*VÁ PARA O BLOCO I*
(1) Sim

H10.3. Com que frequência você usa cigarro eletrônico ou VAPE?
(1) Diariamente
(2) Não uso diariamente

BLOCO I - DROGAS

I01. No ÚLTIMO MÊS, você usou alguma destas coisas? MARQUE SIM OU NÃO PARA CADA OPÇÃO ABAIXO.

I01.1. Maconha (0) Não (1) Sim
I01.2. Comprimidos para 'dormir ou ficar calmo' (sem prescrição médica) (0) Não (1) Sim
I01.3. Cocaína cheirada (0) Não (1) Sim
I01.4. Heroína (0) Não (1) Sim
I01.5. Cocaína injetada (0) Não (1) Sim
I01.6. Comprimidos para 'ficar chapado ou ligado' (sem prescrição médica) (0) Não (1) Sim
I01.7. Lança-perfume ou loló (0) Não (1) Sim
I01.8. Ecstasy (0) Não (1) Sim
I01.9. Pitico (crack com maconha) (0) Não (1) Sim
I01.10. LSD ou ácido (0) Não (1) Sim
I01.11. Crack (0) Não (1) Sim
I01.12. Cola de sapateiro (0) Não (1) Sim
I01.13. Oxi (pasta de cocaína com outras substâncias que pode ser fumada) (0) Não (1) Sim
I01.14. Merla (pasta de cocaína que pode ser fumada com tabaco, maconha ou em cachimbo (0) Não (1) Sim
I01.15. Outra coisa:_____ (0) Não (1) Sim

SE OUTRA COISA SIM:
I01.15.1. Qual droga? _____

BLOCO J - ÁLCOOL

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O CONSUMO DE BEBIDAS DE ÁLCOOL

J01. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?
(0) Nunca →*VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (K)*
(1) Uma vez por mês ou menos
(2) Duas a quatro vezes por mês
(3) Duas a três vezes por semana
(4) Quatro ou mais vezes por semana

J02. Quando você consome bebidas alcoólicas, quantas doses você consome em um dia normal?
(0) Uma ou duas
(1) Três ou quatro
(2) Cinco ou seis
(3) De sete a nove
(4) Dez ou mais

J03. Com que frequência você consome seis ou mais doses em uma única ocasião?
(0) Nunca
(1) Menos de uma vez por mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos os dias ou quase todos

J04. Nos últimos 12 meses, com que frequência você percebeu que não conseguia parar de beber depois de começar?
(0) Nunca
(1) Menos de uma vez por mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos os dias ou quase todos

J05. Nos últimos 12 meses, com que frequência você não conseguiu cumprir suas tarefas habituais por ter bebido?
(0) Nunca
(1) Menos de uma vez por mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos os dias ou quase todos

J06. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou beber logo pela manhã para "curar" uma ressaca?
(0) Nunca
(1) Menos de uma vez por mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos os dias ou quase todos

J07. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou remorso por ter bebido?
(0) Nunca
(1) Menos de uma vez por mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos os dias ou quase todos

J08. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?
(1) Nunca
(2) Menos de uma vez por mês
(3) Mensalmente
(4) Semanalmente
(5) Todos os dias ou quase todos

J09. Alguma vez você já ficou ferido ou feriu alguém por ter bebido?
(0) Não
(1) Sim, mas não no último ano
(2) Sim, durante o último ano

J10. Alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional da saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que você deixasse de beber?
(0) Não
(1) Sim, mas não no último ano
(2) Sim, durante o último ano
(9) Não sei

BLOCO K - VIOLÊNCIA

AGORA VAMOS FALAR DE CASOS DE VIOLÊNCIA E/OU ROUBO QUE PODEM TER ACONTECIDO CONTIGO OU QUE TENHAS TESTEMUNHADO.

K01. Desde os teus 30 anos, você foi vítima de roubo/assalto?
(0) Não →VÁ PARA PERGUNTA K04
(1) Sim

SE SIM:
K01.1. Quantas vezes? _ _

K02. Em alguma dessas vezes, quem lhe roubou usou algum tipo de arma, ameaça ou intimidação?
(0) Não →VÁ PARA PERGUNTA K03
(1) Sim

K02.1. Qual o tipo de arma usada durante o roubo? (Em caso de mais de um tipo, relatar a mais ameaçadora)
(1) Arma com lâmina perfurante e/ou cortante (faca, navalha, chave de fenda, facão ou terçado)
(2) Arma de fogo (revólver/pistola/espingarda/fuzil)
(3) Outro

SE OUTRO:
K02.1.1. Qual tipo? _____

K03. Você registrou boletim de ocorrência para algum desses episódios de roubo?
(0) Não
(1) Sim

Agora vamos falar de casos de roubo à sua residência. Considere que roubo à residência é quando alguém entra na nossa casa ou no pátio e rouba alguma coisa.

K04. Desde os teus 30 anos, ou seja, desde 2012 você já teve sua casa roubada?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA K05*
(1) Sim

SE SIM:
K04.1. Quantas vezes? _ _

K04.2. Há quanto tempo aconteceu esse roubo?_____ meses

As próximas perguntas são sobre BRIGAS e
OUTROS COMPORTAMENTOS QUE PODEM COLOCAR PESSOAS EM PROBLEMAS COM A LEI

K05. Alguma vez na vida você robou algo do seu lugar de trabalho?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA K06*
(1) Sim
K05.1. SE SIM:
K05.1.1. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? __ __ anos
K05.1.2. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela última vez? __ __ anos

K06. Alguma vez na vida você roubou algo em lojas, supermercados, vendas?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA K07*
(1) Sim
K06.1. SE SIM:
K06.1.1. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? __ __ anos
K06.1.2. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela última vez? __ __ anos

K07. Alguma vez na vida você estragou ou destruiu propriedades dos outros (por exemplo: janelas, carros, iluminação pública)?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA K08*
(1) Sim
K07.1. SE SIM:
K07.1.1. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? __ __ anos
K07.1.2. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela última vez? __ __ anos

K8. Alguma vez na vida você arrombou carros para roubar objetos?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA K09*
(1) Sim
K8.1. SE SIM:
K8.1.1. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? __ __ anos
K8.1.2. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela última vez? __ __ anos

K9. Alguma vez na vida você roubou carros ou motos?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA K10*
(1) Sim
K9.1. SE SIM:
K9.1. 1. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? __ __ anos
K9.1. 2. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela última vez? __ __ anos

K10. Alguma vez na vida você arrombou casas ou prédios para roubar?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA K11*
(1) Sim
K10.1. SE SIM:
K10.1.1. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? __ __ anos
K10.1.2. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela última vez? __ __ anos

K11. Alguma vez na vida você vendeu drogas a alguém?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA K12*
(1) Sim
K11.1. SE SIM:
K11.1.1. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? __ __ anos
K11.1.2. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela última vez? __ __ anos

K12. Alguma vez na vida você bateu em outras pessoas com a intenção de machucá-las? (NÃO incluir brigas de irmãos na infância, brincadeiras de luta nem chutes em jogos)
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA K13*
(1) Sim
K12.1. SE SIM:
K12.1.1. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? __ __ anos
K12.1.2. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela última vez? __ __ anos

K13. Alguma vez na vida você vendeu objetos que não eram teus, sem a autorização dos donos ou que sabia que eram roubados?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA K14*
(1) Sim
K13.1. SE SIM:
K13.1.1. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? __ __ anos
K13.1.2. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela última vez? __ __ anos

K14. Alguma vez na vida você usou cheques, cartão de crédito ou cartão de banco que você sabia ou suspeitava que era roubado para comprar alguma coisa ou sacar dinheiro de uma conta bancária?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA K15*
(1) Sim
K14.1. SE SIM:
K14.1.1. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? __ __ anos
K14.1.2. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela última vez? __ __ anos

K15. Alguma vez na vida você participou de algum crime digital, como por exemplo hacking, roubo de identidade ou fraude na internet com cartão de crédito ou pix?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA K16*
(1) Sim
K15.1. SE SIM:
K15.1.1. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? __ __ anos
K15.1.2. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela última vez? __ __ anos

K16. Alguma vez na vida você roubou alguém?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA K18*
(1) Sim
K16.1. SE SIM:
K16.1.1. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? __ __ anos
K16.1.2. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela última vez? __ __ anos

K17. Neste(s) roubo(s), alguma vez, você ameaçou ou usou força e violência contra a outra pessoa?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA K18*
(1) Sim
K17.1. SE SIM:
K17.1.1. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? __ __ anos
K17.1.2. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela última vez? __ __ anos

K18. Alguma vez na vida você carregou uma faca ou outra arma para brigar?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA K19*
(1) Sim
K18.1. SE SIM:
K18.1.1. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? __ __ anos
K18.1.2. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela última vez? __ __ anos

K19. Alguma vez na vida você usou uma arma contra outra pessoa?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA K20*
(1) Sim
K19.1. SE SIM:
K19.1.1. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? __ __ anos
K19.1.2. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela última vez? __ __ anos

K20. Alguma vez na vida você fez um ato sexual com alguém contra a vontade da pessoa?
(0) Não →*VÁ PARA O BLOCO L*
(1) Sim
K20.1. SE SIM:
K20.1.1. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? __ __ anos
K20.1.2. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela última vez? __ __ anos

BLOCO L - SEGUNDA GERAÇÃO

AGORA VAMOS FALAR SOBRE GRAVIDEZ E FILHOS.

SÓ PARA HOMEM

L01. Alguma vez alguma mulher engravidou de você, mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim?
(0) Não →*VÁ PARA APERGUNTA L03*
(1) Sim

SE SIM:
L01.1. Quantas vezes?_____
L01.2. Quantas destas gravidezes foram de gêmeos? ____ [0=NENHUMA]

SÓ PARA MULHER

L02. Alguma vez você engravidou, mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim?
(0) Não →*VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M)*
(1) Sim
(2) Sim, grávida agora

SE SIM:
L02.1. Quantas vezes?_____

L02.2. Quantas destas gravidezes foram de gêmeos?__[0=NENHUMA]

AGORA VOU TE FAZER PERGUNTAS PARA CADA GRAVIDEZ, INCLUINDO GÊMEOS

SOBRE A PRIMEIRA GRAVIDEZ

L02.2. O que aconteceu com a criança desta gravidez?
(1) Nasceu viva →*VÁ PARA PERGUNTA L02.2.1*
(2) Nasceu morta →*VÁ PARA PERGUNTA L02.2.2*
(3) Aborto/gravidez interrompida →*SE TEVE 1 GRAVIDEZ, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 2 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.3.*
(4) Ainda estou grávida →*SE TEVE 1 GRAVIDEZ, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M)*
(5) Não sei →*SE TEVE 1 GRAVIDEZ, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 2 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.3.*

SE NASCEU VIVA:
L02.2.1. Ainda está viva?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA L02.2.2.*
(1) Sim →*VÁ PARA PERGUNTA* L02.2.3
(9) Não sei →*VÁ PARA PERGUNTA* L02.2.3

L02.2.2. Qual foi a causa do óbito?_____[99 =IGN]
SE NASCEU MORTA →SE TEVE 1 GRAVIDEZ, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 2 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.3.
SE NASCEU VIVA, MAS MORREU – VAI PARA PERGUNTA L02.2.3.

L02.2.3. Qual o nome do(a) seu(sua) primeiro(a) filho(a)? _____ [99=IGN]**_____**

L02.2.4. Qual a data de nascimento do(a) <*NOME 1*>? __/ __/____/

L02.2.5. Qual foi o peso ao nascer do(a) <*NOME 1*>? __ __ ____g [9999 =IGN]

L02.2.6. O(A) <NOME 1> nasceu prematuro(a) (antes do tempo)?
(0) Não
(1) Sim
(9) Não sei

L02.2.7. Qual o sexo do(a) <*NOME1*>?
(1) Masculino
(2) Feminino

L02.2.8. Você fumou durante a gravidez do(a) <NOME1>?
(0) Não – *VÁ PARA A QUESTÃO* L02.2.9
(1) Sim

SE SIM:

L02.2.8.1. Você fumou durante toda a gestação?
(0) Não
(1) Sim

SE NÃO:
L02.2.8.2. Por quantos meses você fumou?
__ __ meses

L02.2.8.3. Quantos cigarros você costumava fumar por dia?
__ __ cigarros

L02.2.9. Qual foi o tipo de parto do(a) <*NOME1*>?
(0) Normal
(1) Cesariana
(9) Não sei

L02.2.10. Até que idade ele(a) mamou no peito? Você pode fornecer a informação em anos ou meses.
L02.2.10.1. Anos:_____[0= < 1 mês ou nunca mamou; 9=IGN; 7=ainda mama]
L02.2.10.2. Meses:___[00= < 1 mês ou nunca mamou; 99=IGN; 77=ainda mama]

L02.2.11. O(A) <*NOME 1*> nasceu de parto único ou é gêmeo(a) de outro(a)?
(0) Único
(1) Gêmeo

L02.2.12. Na gravidez do(a) <NOME1> você teve diabetes ou pressão alta?
(0) Nenhuma
(1) Só diabetes
(2) Só pressão alta
(3) Ambas

SE TEVE 1 GRAVIDEZ, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 2 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.3.

SOBRE A SEGUNDA GRAVIDEZ

L02.3. O que aconteceu com a criança desta gravidez?
(1) Nasceu viva →*VÁ PARA PERGUNTA L02.3.1*
(2) Nasceu morta →*VÁ PARA PERGUNTA L02.3.2*
(3) Aborto/gravidez interrompida →*SE TEVE 2 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 3 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.4.*
(4) Ainda estou grávida →*SE TEVE 2 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 3 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.4.*
(5) Não sei →*SE TEVE 2 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 3 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.4.*

SE NASCEU VIVA:
L02.3.1. Ainda está viva?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA L02.3.2.*
(1) Sim →*VÁ PARA PERGUNTA* L02.3.3
(9) Não sei →*VÁ PARA PERGUNTA* L02.3.3

L02.3.2. Qual foi a causa do óbito?_____[99=IGN]
SE NASCEU MORTA →SE TEVE 2 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 3 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.4. SE NASCEU VIVA, MAS MORREU – VAI PARA PERGUNTA L02.3.3.

L02.3.3. Qual o nome do(a) seu(sua) segundo(a) filho(a)? _____ [99=IGN]_____

L02.3.4. Qual a data de nascimento do(a) <*NOME2*>? __/__/____/

L02.3.5. Qual foi o peso ao nascer do(a) <*NOME2*>? __ __ ____g [9999=IGN]

L02.3.6. O(A) <NOME2> nasceu prematuro(a) (antes do tempo)?
(0) Não
(1) Sim
(9) Não sei

L02.3.7. Qual o sexo do(a) <*NOME2*>?
(1) Masculino
(2) Feminino

L02.3.8. Você fumou durante a gravidez do(a) <NOME2>?
(0) Não – *VÁ PARA A QUESTÃO* L02.2.9
(1) Sim

SE SIM:

L02.3.8.1. Você fumou durante toda a gestação?
(0) Não
(1) Sim

SE NÃO:
L02.3.8.2. Por quantos meses você fumou?
__ __ meses

L02.3.8.3. Quantos cigarros você costumava fumar por dia?
__ __ cigarros

L02.3.9. Qual foi o tipo de parto do(a) <*NOME2*>?
(0) Normal
(1) Cesariana
(9) Não sei

L02.3.10. Até que idade ele(a) mamou no peito? Você pode fornecer a informação em anos ou meses.
L02.3.10.1. Anos:_____[0= < 1 mês ou nunca mamou; 9=IGN; 7=ainda mama]
L02.3.10.2. Meses:___[00= < 1 mês ou nunca mamou; 99=IGN; 77=ainda mama]

L02.3.11. O(A) <*NOME2*> nasceu de parto único ou é gêmeo(a) de outro(a)?
(0) Único
(1) Gêmeo

L02.3.12. Na gravidez do(a) <NOME2> você teve diabetes ou pressão alta?
(0) Nenhuma
(1) Só diabetes
(2) Só pressão alta
(3) Ambas

SE TEVE 2 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 3 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.4.

SOBRE A TERCEIRA GRAVIDEZ

L02.4. O que aconteceu com a criança desta gravidez?
(1) Nasceu viva →*VÁ PARA PERGUNTA L02.4.1*
(2) Nasceu morta →*VÁ PARA PERGUNTA L02.4.2*
(3) Aborto/gravidez interrompida →*SE TEVE 3 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 4 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.5.*
(4) Ainda estou grávida →*SE TEVE 3 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 4 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.5.*
(5) Não sei →*SE TEVE 3 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 4 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.5.*

SE NASCEU VIVA:
L02.4.1. Ainda está viva?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA L02.4.2.*
(1) Sim →*VÁ PARA PERGUNTA* L02.4.3
(9) Não sei →*VÁ PARA PERGUNTA* L02.4.3

L02.4.2. Qual foi a causa do óbito?_____[99=IGN]
SE NASCEU MORTA →SE TEVE 3 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 4 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.5. SE NASCEU VIVA, MAS MORREU – VAI PARA PERGUNTA L02.4.3.

L02.4.3. Qual o nome do(a) seu(sua) terceiro(a) filho(a)?_____ [99=IGN]

L02.4.4. Qual a data de nascimento do(a) <*NOME 3*>? __/__/____/

L02.4.5. Qual foi o peso ao nascer do(a) <*NOME 3*>? **__ __ ____g** [9999=IGN]

L02.4.6. O(A) <NOME 3> nasceu prematuro(a) (antes do tempo)?
(0) Não
(1) Sim
(9) Não sei

L02.4.7. Qual o sexo do(a) <*NOME 3*>?
(1) Masculino
(2) Feminino

L02.4.8. Você fumou durante a gravidez do(a) <NOME3>?
(0) Não – *VÁ PARA A QUESTÃO* L02.4.9
(1) Sim

SE SIM:

L02.4.8.1. Você fumou durante toda a gestação?
(0) Não
(1) Sim

SE NÃO:
L02.4.8.2. Por quantos meses você fumou?
__ __ meses

L02.4.8.3. Quantos cigarros você costumava fumar por dia?
__ __ cigarros

L02.4.9. Qual foi o tipo de parto do(a) <*NOME 3*>?
(0) Normal
(1) Cesariana
(9) Não sei

L02.4.10. Até que idade ele(a) mamou no peito? Você pode fornecer a informação em anos ou meses.
L02.4.10.1. Anos:**_____**[0= < 1 mês ou nunca mamou; 9=IGN; 7=ainda mama]
L02.4.10.2. Meses:**___**[00= < 1 mês ou nunca mamou; 99=IGN; 77=ainda mama]

L02.4.11. O(A) <*NOME 3*> nasceu de parto único ou é gêmeo(a) de outro(a)?
(0) Único
(1) Gêmeo

L02.4.12. Na gravidez do(a) <NOME3> você teve diabetes ou pressão alta?
(0) Nenhuma
(1) Só diabetes
(2) Só pressão alta
(3) Ambas

SE TEVE 3 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 4 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.5.

SOBRE A QUARTA GRAVIDEZ

L02.5. O que aconteceu com a criança desta gravidez?
(1) Nasceu viva →*VÁ PARA PERGUNTA L02.5.1*
(2) Nasceu morta →*VÁ PARA PERGUNTA L02.5.2*
(3) Aborto/gravidez interrompida →*SE TEVE 4 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 5 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.6.*
(4) Ainda estou grávida →*SE TEVE 4 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 5 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.6.*
(5) Não sei →*SE TEVE 4 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 5 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.6.*

SE NASCEU VIVA:
L02.5.1. Ainda está viva?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA L02.5.2.*
(1) Sim →*VÁ PARA PERGUNTA* L02.5.3
(9) Não sei →*VÁ PARA PERGUNTA* L02.5.3

L02.5.2. Qual foi a causa do óbito?_____[99=IGN]
SE NASCEU MORTA →SE TEVE 4 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 5 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.6. SE NASCEU VIVA, MAS MORREU – VAI PARA PERGUNTA L02.5.3.

L02.5.3. Qual o nome do(a) seu(sua) quarto(a) filho(a)?_____ [99=IGN]

L02.5.4. Qual a data de nascimento do(a) <*NOME 4*>? __/ __/____/

L02.5.5. Qual foi o peso ao nascer do(a) <*NOME 4*>? __ __ ____g [9999 =IGN]

L02.5.6. O(A) <NOME 4> nasceu prematuro(a) (antes do tempo)?
(0) Não
(1) Sim
(9) Não sei

L02.5.7. Qual o sexo do(a) <*NOME 4*>?
(1) Masculino
(2) Feminino

L02.5.8. Você fumou durante a gravidez do(a) <NOME4>?
(0) Não – *VÁ PARA A QUESTÃO* L02.5.9
(1) Sim

SE SIM:

L02.5.8.1. Você fumou durante toda a gestação?
(0) Não
(1) Sim

SE NÃO:
L02.5.8.2. Por quantos meses você fumou?
__ __ meses

L02.5.8.3. Quantos cigarros você costumava fumar por dia?
__ __ cigarros

L02.5.9. Qual foi o tipo de parto do(a) <*NOME 4*>?
(0) Normal
(1) Cesariana
(9) Não sei

L02.5.10. Até que idade ele(a) mamou no peito? Você pode fornecer a informação em anos ou meses.
L02.5.10.1. Anos:_____[0= < 1 mês ou nunca mamou; 9=IGN; 7=ainda mama]
L02.5.10.2. Meses:___[00= < 1 mês ou nunca mamou; 99=IGN; 77=ainda mama]

L02.5.11. O(A) <*NOME 4*> nasceu de parto único ou é gêmeo(a) de outro(a)?
(0) Único
(1) Gêmeo

L02.5.12. Na gravidez do(a) <NOME 4> você teve diabetes ou pressão alta?
(0) Nenhuma
(1) Só diabetes
(2) Só pressão alta
(3) Ambas

SE TEVE 4 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 5 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.6.

SOBRE A QUINTA GRAVIDEZ

L02.6. O que aconteceu com a criança desta gravidez?
(1) Nasceu viva →*VÁ PARA PERGUNTA L02.6.1*
(2) Nasceu morta →*VÁ PARA PERGUNTA L02.6.2*
(3) Aborto/gravidez interrompida →*SE TEVE 5 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 6 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.7.*
(4) Ainda estou grávida →*SE TEVE 5 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 6 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.7.*
(5) Não sei →*SE TEVE 5 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 6 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.7.*

SE NASCEU VIVA:
L02.6.1. Ainda está viva?
(0 Não →*VÁ PARA PERGUNTA L02.6.2.*
(1) Sim →*VÁ PARA PERGUNTA* L02.6.3
(9) Não sei →*VÁ PARA PERGUNTA* L02.6.3

L02.6.2. Qual foi a causa do óbito?_____[99=IGN]

SE NASCEU MORTA →SE TEVE 4 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 5 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.7. SE NASCEU VIVA, MAS MORREU – VAI PARA PERGUNTA L02.6.3.

L02.6.3. Qual o nome do(a) seu(sua) quinto(a) filho(a)? _____ [99=IGN]

L02.6.4. Qual a data de nascimento do(a) <*NOME 5*>? __ __/____/

L02.6.5. Qual foi o peso ao nascer do(a) <*NOME 5*>? __ __ ____g [9999 =IGN]

L02.6.6. O(A) <NOME 5> nasceu prematuro(a) (antes do tempo)?
(0) Não
(1) Sim
(9) Não sei

L02.6.7. Qual o sexo do(a) <*NOME 5*>?
(1) Masculino
(2) Feminino

L02.6.8. Você fumou durante a gravidez do(a) <NOME 5>?
(0) Não – *VÁ PARA A QUESTÃO* L02.6.9
(1) Sim

SE SIM:

L02.6.8.1. Você fumou durante toda a gestação?
(0) Não
(1) Sim

L02.6.8.2. Por quantos meses você fumou?
__ __ meses

L02.6.8.3. Quantos cigarros você costumava fumar por dia?
__ __ cigarros

L02.6.9. Qual foi o tipo de parto do(a) <*NOME 5*>?
(0) Normal
(1) Cesariana
(9) Não sei

L02.6.10. Até que idade ele(a) mamou no peito? Você pode fornecer a informação em anos ou meses.
L02.6.10.1. Anos:_____[0= < 1 mês ou nunca mamou; 9=IGN; 7=ainda mama]
L02.6.10.2. Meses:___[00= < 1 mês ou nunca mamou; 99=IGN; 77=ainda mama]

L02.6.11. O(A) <*NOME 5*> nasceu de parto único ou é gêmeo(a) de outro(a)?
(0) Único
(1) Gêmeo

L02.6.12. Na gravidez do(a) <NOME 5> você teve diabetes ou pressão alta?
(0) Nenhuma
(1) Só diabetes
(2) Só pressão alta
(3) Ambas

SE TEVE 5 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 6 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.7

SOBRE A SEXTA GRAVIDEZ

L02.7. O que aconteceu com a criança desta gravidez?
(1) Nasceu viva →*VÁ PARA PERGUNTA L02.7.1*
(2) Nasceu morta →*VÁ PARA PERGUNTA L02.7.2*
(3) Aborto/gravidez interrompida →*SE TEVE 6 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 7 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.8.*
(4) Ainda estou grávida →*SE TEVE 6 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 7 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.8.*
(5) Não sei →*SE TEVE 6 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 7 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.8.*

SE NASCEU VIVA:
L02.7.1. Ainda está viva?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA L02.7.2.*
(1) Sim →*VÁ PARA PERGUNTA* L02.7.3
(9) Não sei →*VÁ PARA PERGUNTA* L02.7.3

L02.7.2. Qual foi a causa do óbito?_____[99=IGN]
SE NASCEU MORTA →SE TEVE 4 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 5 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.8. SE NASCEU VIVA, MAS MORREU – VAI PARA PERGUNTA L02.7.3.

L02.7.3. Qual o nome do(a) seu(sua) sexto(a) filho(a)? _____ [99=IGN]

L02.7.4. Qual a data de nascimento do(a) <*NOME 6*>? __/ __/____/

L02.7.5. Qual foi o peso ao nascer do(a) <*NOME 6*>? __ __ ____g [9999=IGN]

L02.7.6. O(A) <NOME 6> nasceu prematuro(a) (antes do tempo)?
(0) Não
(1) Sim
(9) Não sei

L02.7.7. Qual o sexo do(a) <*NOME 6*>?
(1) Masculino
(2) Feminino

L02.7.8. Você fumou durante a gravidez do(a) <NOME 6>?
(0) Não – *VÁ PARA A QUESTÃO* L02.7.9
(1) Sim

SE SIM:

L02.7.8.1. Você fumou durante toda a gestação?
(0) Não
(1) Sim

L02.7.8.2. Por quantos meses você fumou?
__ __ meses

L02.7.8.3. Quantos cigarros você costumava fumar por dia?
__ __ cigarros

L02.7.9. Qual foi o tipo de parto do(a) <*NOME 6*>?
(0) Normal
(1) Cesariana
(9) Não sei

L02.7.10. Até que idade ele(a) mamou no peito? Você pode fornecer a informação em anos ou em meses.
L02.7.10.1. Anos:_____[0= < 1 mês ou nunca mamou; 9=IGN; 7=ainda mama]
L02.7.10.2. Meses:___[00= < 1 mês ou nunca mamou; 99=IGN; 77=ainda mama]

L02.7.11. O(A) <*NOME 6*> nasceu de parto único ou é gêmeo(a) de outro(a)?
(0) Único
(1) Gêmeo

L02.2.12. Na gravidez do(a) <NOME 6> você teve diabetes ou pressão alta?
(0) Nenhuma
(1) Só diabetes
(2) Só pressão alta
(3) Ambas

SE TEVE 6 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 7 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.8.

SOBRE A SÉTIMA GRAVIDEZ

L02.8. O que aconteceu com a criança desta gravidez?
(1) Nasceu viva →*VÁ PARA PERGUNTA L02.8.1*
(2) Nasceu morta →*VÁ PARA PERGUNTA L02.8.2*
(3) Aborto/gravidez interrompida →*SE TEVE 7 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 8 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.9.*
(4) Ainda estou grávida →*SE TEVE 7 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 8 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.9.*
(5) Não sei →*SE TEVE 7 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 8 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.9.*

SE NASCEU VIVA:
L02.8.1. Ainda está viva?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA L02.8.2.*
(1) Sim →*VÁ PARA PERGUNTA* L02.8.3
(9) Não sei →*VÁ PARA PERGUNTA* L02.8.3

L02.8.2. Qual foi a causa do óbito?_____[99=IGN]
SE NASCEU MORTA → SE TEVE 4 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 5 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.9. SE NASCEU VIVA, MAS MORREU – VAI PARA PERGUNTA L02.8.3.

L02.8.3. Qual o nome do(a) seu(sua) sétimo(a) filho(a)? _____ [99=IGN]

L02.8.4. Qual a data de nascimento do(a) <*NOME 7*>? __/ __/____/

L02.8.5. Qual foi o peso ao nascer do(a) <*NOME 7*>? __ __ ____g [9999=IGN]

L02.8.6. O(A) <NOME 7> nasceu prematuro(a) (antes do tempo)?
(0) Não
(1) Sim
(9) Não sei

L02.8.7. Qual o sexo do(a) <*NOME 7*>?
(1) Masculino
(2) Feminino

L02.8.8. Você fumou durante a gravidez do(a) <NOME7>?
(0) Não – *VÁ PARA A QUESTÃO* L02.8.9
(1) Sim

SE SIM:

L02.8.8.1. Você fumou durante toda a gestação?
(0) Não
(1) Sim

L02.8.8.2. Por quantos meses você fumou?
__ __ meses

L02.8.8.3. Quantos cigarros você costumava fumar por dia?
__ __ cigarros

L02.8.9. Qual foi o tipo de parto do(a) <*NOME 7*>?
(0) Normal
(1) Cesariana
(9) Não sei

L02.8.10. Até que idade ele(a) mamou no peito? Você pode fornecer a informação em anos ou em meses.
L02.8.10.1. Anos:_____[0= < 1 mês ou nunca mamou; 9=IGN; 7=ainda mama]
L02.8.10.2. Meses:___[00= < 1 mês ou nunca mamou; 99=IGN; 77=ainda mama]

L02.8.11. O(A) <*NOME 7*> nasceu de parto único ou é gêmeo(a) de outro(a)?
(0) Único
(1) Gêmeo

L02.8.12. Na gravidez do(a) <NOME 7> você teve diabetes ou pressão alta?
(0) Nenhuma
(1) Só diabetes
(2) Só pressão alta
(3) Ambas

SE TEVE 7 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 8 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.9.

SOBRE A OITAVA GRAVIDEZ

L02.9. O que aconteceu com a criança desta gravidez?
(1) Nasceu viva →*VÁ PARA PERGUNTA L02.9.1*
(2) Nasceu morta →*VÁ PARA PERGUNTA L02.9.2*
(3) Aborto/gravidez interrompida →*SE TEVE 8 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 9 OU MAIS, ANOTAR NO DIÁRIO DE CAMPO*
(4) Ainda estou grávida →*SE TEVE 8 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 9 OU MAIS, ANOTAR NO DIÁRIO DE CAMPO*
(5) Não sei →*SE TEVE 8 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 9 OU MAIS, ANOTAR NO DIÁRIO DE CAMPO*

SE NASCEU VIVA:
L02.9.1. Ainda está viva?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA L02.9.2.*
(1) Sim →*VÁ PARA PERGUNTA* L02.9.3
(9) Não sei →*VÁ PARA PERGUNTA* L02.9.3

L02.9.2. Qual foi a causa do óbito?_____[99=IGN]
SE NASCEU MORTA → SE TEVE 4 GRAVIDEZES, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 5 OU MAIS, VAI PARA PERGUNTA L02.10. SE NASCEU VIVA, MAS MORREU – VAI PARA PERGUNTA L02.9.3.

L02.9.3. Qual o nome do(a) seu(sua) oitavo(a) filho(a)? _____ [99=IGN]

L02.9.4. Qual a data de nascimento do(a) <*NOME 8*>? __/__/____/

L02.9.5. Qual foi o peso ao nascer do(a) <*NOME 8*>? __ __ ____g [9999=IGN]

L02.9.6. O(A) <NOME 8> nasceu prematuro(a) (antes do tempo)?
(0) Não
(1) Sim
(9) Não sei

L02.9.7. Qual o sexo do(a) <*NOME 8*>?
(1) Masculino
(2) Feminino

L02.9.8. Você fumou durante a gravidez do(a) <NOME 8>?
(0) Não – *VÁ PARA A QUESTÃO* L02.9.9
(1) Sim

SE SIM:

L02.9.8.1. Você fumou durante toda a gestação?
(0) Não
(1) Sim

L02.9.8.2. Por quantos meses você fumou?
__ __ meses

L02.9.8.3. Quantos cigarros você costumava fumar por dia?
__ __ cigarros

L02.9.9. Qual foi o tipo de parto do(a) <*NOME 8*>?
(0) Normal
(1) Cesariana
(9) Não sei

L02.9.10. Até que idade ele(a) mamou no peito? Você pode fornecer a informação em anos ou em meses.
L02.9.10.1. Anos:_____[0= < 1 mês ou nunca mamou; 9=IGN; 7=ainda mama]
L02.9.10.2. Meses:___[00= < 1 mês ou nunca mamou; 99=IGN; 77=ainda mama]

L02.9.11. O(A) <*NOME 8*> nasceu de parto único ou é gêmeo(a) de outro(a)?
(0) Único
(1) Gêmeo

L02.9.12. Na gravidez do(a) <NOME 8> você teve diabetes ou pressão alta?
(0) Nenhuma
(1) Só diabetes
(2) Só pressão alta
(3) Ambas

SE TEVE 8 FILHOS, VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M); SE 9 OU MAIS, ANOTAR OS DADOS DA PRÓXIMA GRAVIDEZ NO DIÁRIO DE CAMPO.

L03. Você tem filho(a) adotivo(a)?
(0) Não →*VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (M)*
(1) Sim

SE SIM:
L03.1. Quantos? __ __

<u>VAMOS FALAR SOBRE O(A) SEU(SUA) PRIMEIRO(A) FILHO(A) ADOTIVO(A)</u>

L03.2. Qual o nome completo do(a) seu(sua) primeiro(a) filho(a) adotivo(a)?
_____

L03.2.1. Qual o sexo do(a) <*NOME 1*>?
(1) Masculino
(2) Feminino

L03.2.2. Qual a idade do(a) <*NOME 1*>? ____ anos

<u>VAMOS FALAR SOBRE O(A) SEU(SUA) SEGUNDO(A) FILHO(A) ADOTIVO(A)</u>

L03.3. Qual o nome completo do(a) seu(sua) segundo(a) filho(a) adotivo(a)?
_____

L03.3.1. Qual o sexo do(a) <*NOME 2*>?
(1) Masculino
(2) Feminino

L03.3.2. Qual a idade do(a) <*NOME 2*>? _____anos

VAMOS FALAR SOBRE O(A) SEU(SUA) TERCEIRO(A) FILHO(A) ADOTIVO(A)

L03.4. Qual o nome completo do(a) seu(sua) terceiro(a) filho(a) adotivo(a)?
_____

L03.4.1. Qual o sexo do(a) <*NOME 3*>?
(1) Masculino
(2) Feminino

L03.4.2. Qual a idade do(a)<*NOME 3*>? _____anos

SE 3 OU MAIS, ANOTAR OS DADOS DO(A) PRÓXIMO(A) FILHO(A) ADOTIVO(A) NO DIÁRIO DE CAMPO.

BLOCO M - SAÚDE DA MULHER

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO RELACIONADAS À SAÚDE DA MULHER

M01. Você já fez algum tratamento para engravidar?
(0) Não
(1) Sim

SE SIM:
M01.1. Qual tratamento você fez?

M01.1.1. Fertilização in vitro (FIV)	(0) Não (1) Sim
M01.1.2. Inseminação artificial	(0) Não (1) Sim
M01.1.3. Indução da ovulação/uso de hormônios	(0) Não (1) Sim
M01.1.4. Outro:_____	(0) Não (1) Sim

SE OUTRO:
M01.1.5. Qual? _____

M01.2. Atualmente, você e/ou o seu parceiro estão usando algum método para não engravidar?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA M02*
(1) Sim

SE SIM:
M01.2.1. Qual(is) o(s) método(s) que vocês estão usando?

M01.2.1.1. Laqueadura - esterilização feminina	(0) Não (1) Sim
M01.2.1.2. Vasectomia - esterilização masculina	(0) Não (1) Sim
M01.2.1.3. Pílula	(0) Não (1) Sim
M01.2.1.4. DIU - Dispositivo Intrauterino	(0) Não (1) Sim
M01.2.1.5. Injeções contraceptivas (mensal/trimestral)	(0) Não (1) Sim
M01.2.1.6. Implante	(0) Não (1) Sim
M01.2.1.7. Camisinha masculina (preservativo)	(0) Não (1) Sim
M01.2.1.8. Camisinha feminina	(0) Não (1) Sim
M01.2.1.9. Diafragma	(0) Não (1) Sim
M01.2.1.10. Creme/óvulo	(0) Não (1) Sim
M01.2.1.11. Tabelinha/abstinência periódica	(0) Não (1) Sim
M01.2.1.12. Coito interrompido	(0) Não (1) Sim
M01.2.1.13. Pílula do dia seguinte	(0) Não (1) Sim
M01.2.1.14. Outros métodos	(0) Não (1) Sim

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O EXAME PREVENTIVO PARA CÂNCER DE COLO UTERINO.

M02. Alguma vez na vida você fez exame preventivo para câncer de útero (CP, Pré-câncer, Papanicolau)?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA M03*
(1) Sim

SE SIM:
M02.1. Há quanto tempo você fez o seu último exame preventivo?
M02.1.1. Anos:____[99=IGN; 00=SE NÃO ANOS]
M02.1.2. Meses:_____[99=IGN; 00=SE NÃO ANOS]

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O EXAME PREVENTIVO DAS MAMAS.

M03. Você já fez/faz autoexame das mamas?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA M04*
(1) Sim

SE SIM:
M03.1. Como você obteve a informação de como fazer o autoexame das mamas?

M03.1.1. Médico orientou	(0) Não (1) Sim
M03.1.2 Enfermeiro orientou	(0) Não (1) Sim
M03.1.3. Outro profissional de saúde orientou	(0) Não (1) Sim
M03.1.4. Procurou em livros ou revistas	(0) Não (1) Sim
M03.1.5. Procurou na internet	(0) Não (1) Sim
M03.1.6. Amigo ou parente ensinou	(0) Não (1) Sim
M03.1.7. Outro	(0) Não (1) Sim

SE OUTRO:
M03.1.7.1. Quem orientou?_____

M04. Alguma vez um médico fez o exame clínico das suas mamas?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA M05*
(1) Sim

SE SIM:

M04.1. Há quanto tempo isto aconteceu?
M04.1.1. Anos:____[99=IGN; 00=SE NÃO ANOS]
M04.1.2. Meses:_____[99=IGN; 00=SE NÃO ANOS]

M05. Você já fez mamografia?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA M06*
(1) Sim

SE SIM:

M05.1. Há quanto tempo você fez a última mamografia?
M05.1.1. Anos:____[99=IGN; 00=SE NÃO ANOS]
M05.1.2. Meses:_____[99=IGN; 00=SE NÃO ANOS]

M06. Você já fez ultrassonografia das mamas?
(0) Não →*VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (N)*
(1) Sim

SE SIM:

M06.1. Há quanto tempo você fez a última ultrassonografia das mamas?
M06.1.1. Anos:____[99=IGN; 00=SE NÃO ANOS]
M06.1.2. Meses:_____[99=IGN; 00=SE NÃO ANOS]

BLOCO N – COVID-19

N01. Você tem ou teve COVID-19?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA N05*
(1) Sim

N01.1. Quantas vezes?
(1) Uma vez
(2) Duas vezes
(3) Três vezes

AGORA VAMOS FALAR DA PRIMEIRA VEZ QUE VOCÊ TEVE COVID-19

N02. Como você ficou sabendo que teve COVID-19 na PRIMEIRA vez?
(1) Diagnóstico por médico
(2) Diagnóstico por outro profissional de saúde
(3) Diagnóstico próprio
(4) Outro

N02.1. Quando foi a PRIMEIRA vez que teve COVID-19? __/__/____

N02.2. Pensando na PRIMEIRA vez que você teve COVID-19, você chegou a fazer algum teste ou exame para confirmar?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA N02.4.*
(1) Sim

N02.3. Qual tipo de teste ou exame você fez na PRIMEIRA vez que você teve COVID-19?

N02.3.1. Teste PCR com cotonete (swab) na garganta, nariz ou saliva?	(0) Não (1) Sim
N02.3.1.1. O resultado do teste foi positivo?	(0) Não (1) Sim
N02.3.2. Teste de anticorpos do sangue do dedo ou veia?	(0) Não (1) Sim
N02.3.2.1. O resultado do teste foi positivo?	(0) Não (1) Sim
N02.3.3. Teste rápido cotonete (swab) de farmácia (POCT-PCR)?	(0) Não (1) Sim
N02.3.3.1. O resultado do teste foi positivo?	(0) Não (1) Sim
N02.3.4. Teste de saliva de farmácia?	(0) Não (1) Sim
N02.3.4.1. O resultado do teste foi positivo?	(0) Não (1) Sim
N02.3.5. Outro? Qual?	_____
N02.3.5.1. O resultado do teste foi positivo?	(0) Não (1) Sim

N02.4. Pensando na PRIMEIRA vez que você teve COVID-19, você precisou ser hospitalizado(a)?
(0) Não →*SE TEVE COVID-19 UMA VEZ VÁ PARA PERGUNTA N05, SE TEVE COVID-19 DUAS VEZES OU MAIS VÁ PARA A PERGUNTA N03*
(1) Sim

N02.4.1. Quantos dias você ficou hospitalizado(a)? _____ dias

N02.4.2 Foi necessário internação em leito de unidade de terapia intensiva (UTI)?
(1) Não
(2) Sim

AGORA VAMOS FALAR DA SEGUNDA VEZ QUE VOCÊ TEVE COVID-19

N03. Como você ficou sabendo que teve COVID-19 na SEGUNDA vez?
(1) Diagnóstico por médico
(2) Diagnóstico por outro profissional de saúde
(3) Diagnóstico próprio
(4) Outro

N03.1. Quando foi a SEGUNDA vez que teve COVID-19? __/__/____

N03.2. Pensando na SEGUNDA vez que você teve COVID-19, você chegou a fazer algum teste ou exame para confirmar?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA N03.4.*
(1) Sim

N03.3. Qual tipo de teste ou exame você fez na SEGUNDA vez que você teve COVID-19?

N03.3.1. Teste PCR com cotonete (swab) na garganta, nariz ou saliva?	(0) Não (1) Sim
N03.3.1.1. O resultado do teste foi positivo?	(0) Não (1) Sim
N03.3.2. Teste de anticorpos do sangue do dedo ou veia?	(0) Não (1) Sim
N03.3.2.1. O resultado do teste foi positivo?	(0) Não (1) Sim
N03.3.3. Teste rápido cotonete (swab) de farmácia (POCT-PCR)?	(0) Não (1) Sim
N03.3.3.1. O resultado do teste foi positivo?	(0) Não (1) Sim
N03.3.4. Teste de saliva de farmácia?	(0) Não (1) Sim
N03.3.4.1. O resultado do teste foi positivo?	(0) Não (1) Sim
N03.3.5. Outro? Qual?	_____
N03.3.5.1. O resultado do teste foi positivo?	(0) Não (1) Sim

N03.4. Pensando na SEGUNDA vez que você teve COVID-19, você precisou ser hospitalizado(a)?
(0) Não →*SE TEVE COVID-19 DUAS VEZES VÁ PARA A PERGUNTA N05, SE TEVE COVID-19 TRÊS VEZES VÁ PARA A PERGUNTA N04.*
(1) Sim

N03.4.1. Quantos dias você ficou hospitalizado(a)? _____ dias

N03.4.2 Foi necessário internação em leito de unidade de terapia intensiva (UTI)?
(0) Não
(1) Sim

AGORA VAMOS FALAR DA TERCEIRA VEZ QUE VOCÊ TEVE COVID-19

N04. Como você ficou sabendo que teve COVID-19 na TERCEIRA vez?
(1) Diagnóstico por médico
(2) Diagnóstico por outro profissional de saúde
(3) Diagnóstico próprio
(4) Outro

N04.1. Quando foi a TERCEIRA vez que teve COVID-19? __/__/____

N04.2. Pensando na TERCEIRA vez que você teve COVID-19, você chegou a fazer algum teste ou exame para confirmar?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA N04.4.*
(1) Sim

N04.3. Qual tipo de teste ou exame você fez na TERCEIRA vez que você teve COVID-19?

N04.3.1. Teste PCR com cotonete (swab) na garganta, nariz ou saliva?	(0) Não (1) Sim
N04.3.1.1. O resultado do teste foi positivo?	(0) Não (1) Sim
N04.3.2. Teste de anticorpos do sangue do dedo ou veia?	(0) Não (1) Sim
N04.3.2.1. O resultado do teste foi positivo?	(0) Não (1) Sim
N04.3.3. Teste rápido cotonete (swab) de farmácia (POCT-PCR)?	(0) Não (1) Sim
N04.3.3.1. O resultado do teste foi positivo?	(0) Não (1) Sim
N04.3.4. Teste de saliva de farmácia?	(0) Não (1) Sim
N04.3.4.1. O resultado do teste foi positivo?	(0) Não (1) Sim
N04.3.5. Outro? Qual?	_____
N04.3.5.1. O resultado do teste foi positivo?	(0) Não (1) Sim

N04.4. Pensando na TERCEIRA vez que você teve COVID-19, você precisou ser hospitalizado(a)?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA N05.*
(1) Sim

N04.4.1. Quantos dias você ficou hospitalizado(a)? _____ dias

N04.4.2 Foi necessário internação em leito de unidade de terapia intensiva (UTI)?
(0) Não
(1) Sim

AS PERGUNTAS A SEGUIR SÃO SOBRE A VACINA CONTRA COVID-19, POR FAVOR TENHA EM MÃOS SUA CARTEIRA DE VACINAÇÃO OU O APLICATIVO CONECTESUS CIDADÃO.

N05. Você fez a vacina contra COVID-19?
(0) Não
(1) Sim

SE SIM:
N05.1. Qual(is) vacinas já fez?

N05.1.1. CoronaVac (Butantan)	(0) Não (1) Sim
N05.1.2. AstraZeneca (Oxford)	(0) Não (1) Sim
N05.1.3. Pfizer	(0) Não (1) Sim
N05.1.4. Janssen	(0) Não (1) Sim
N05.1.5. Outra: _____	

N05.2. Quantas doses você fez?
(1) Uma
(2) Duas
(3) Três
(4) Quatro

N05.2.1. Qual a data da primeira dose? __/__/____

N05.2.2. Qual a data da segunda dose? __/__/____

N05.2.3. Qual a data da terceira dose? __/__/____

N05.2.4. Qual a data da quarta dose? __/__/____

N06. Após dois meses de algum caso de COVID-19, você ainda tinha ou teve algum sintoma ou alguma coisa nova que chamava atenção?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA N08*
(1) Sim
(2) Tive COVID-19 há menos de dois meses →*VÁ PARA PERGUNTA N08*

N07. Dos sintomas abaixo, após dois meses de diagnóstico da COVID-19, quais você teve?

N07.1. Dor no corpo
(0) Sim, tinha após dois meses de COVID-19
(1) Não tive esse sintoma após dois meses de COVID-19
(2) Nunca tive esse sintoma
(3) Ainda tenho esse sintoma, mesmo já tendo passado dois meses de diagnóstico

N07.2. Cansaço
(0) Sim, tinha após dois meses de COVID-19
(1) Não tive esse sintoma após dois meses de COVID-19
(2) Nunca tive esse sintoma
(3) Ainda tenho esse sintoma, mesmo já tendo passado dois meses de diagnóstico

N07.3. Dor de cabeça
(0) Sim, tinha após dois meses de COVID-19
(1) Não tive esse sintoma após dois meses de COVID-19
(2) Nunca tive esse sintoma
(3) Ainda tenho esse sintoma, mesmo já tendo passado dois meses de diagnóstico

N07.4. Dor nas juntas
(0) Sim, tinha após dois meses de COVID-19
(1) Não tive esse sintoma após dois meses de COVID-19
(2) Nunca tive esse sintoma
(3) Ainda tenho esse sintoma, mesmo já tendo passado dois meses de diagnóstico

N07.5. Falta de ar
(0) Sim, tinha após dois meses de COVID-19
(1) Não tive esse sintoma após dois meses de COVID-19
(2) Nunca tive esse sintoma
(3) Ainda tenho esse sintoma, mesmo já tendo passado dois meses de diagnóstico

N07.6. Tosse
(0) Sim, tinha após dois meses de COVID-19
(1) Não tive esse sintoma após dois meses de COVID-19
(2) Nunca tive esse sintoma
(3) Ainda tenho esse sintoma, mesmo já tendo passado dois meses de diagnóstico

N07.7. Palpitação
(0) Sim, tinha após dois meses de COVID-19
(1) Não tive esse sintoma após dois meses de COVID-19
(2) Nunca tive esse sintoma
(3) Ainda tenho esse sintoma, mesmo já tendo passado dois meses de diagnóstico

N07.8. Sem sentir cheiro ou gosto
(0) Sim, tinha após dois meses de COVID-19
(1) Não tive esse sintoma após dois meses de COVID-19
(2) Nunca tive esse sintoma
(3) Ainda tenho esse sintoma, mesmo já tendo passado dois meses de diagnóstico

N07.9. Perda de memória
(0) Sim, tinha após dois meses de COVID-19
(1) Não tive esse sintoma após dois meses de COVID-19
(2) Nunca tive esse sintoma
(3) Ainda tenho esse sintoma, mesmo já tendo passado dois meses de diagnóstico

N07.10. Dificuldade para se concentrar
(0) Sim, tinha após dois meses de COVID-19
(1) Não tive esse sintoma após dois meses de COVID-19
(2) Nunca tive esse sintoma
(3) Ainda tenho esse sintoma, mesmo já tendo passado dois meses de diagnóstico

N07.11. Tontura
(0) Sim, tinha após dois meses de COVID-19
(1) Não tive esse sintoma após dois meses de COVID-19
(2) Nunca tive esse sintoma
(3) Ainda tenho esse sintoma, mesmo já tendo passado dois meses de diagnóstico

N07.12. Dificuldade para caminhar
(0) Sim, tinha após dois meses de COVID-19
(1) Não tive esse sintoma após dois meses de COVID-19
(2) Nunca tive esse sintoma
(3) Ainda tenho esse sintoma, mesmo já tendo passado dois meses de diagnóstico

N07.13. Perda de cabelo
(0) Sim, tinha após dois meses de COVID-19
(1) Não tive esse sintoma após dois meses de COVID-19
(2) Nunca tive esse sintoma
(3) Ainda tenho esse sintoma, mesmo já tendo passado dois meses de diagnóstico

N07.14. Manchas na pele
(0) Sim, tinha após dois meses de COVID-19
(1) Não tive esse sintoma após dois meses de COVID-19
(2) Nunca tive esse sintoma
(3) Ainda tenho esse sintoma, mesmo já tendo passado dois meses de diagnóstico

N07.15. Perda de apetite
(0) Sim, tinha após dois meses de COVID-19
(1) Não tive esse sintoma após dois meses de COVID-19
(2) Nunca tive esse sintoma
(3) Ainda tenho esse sintoma, mesmo já tendo passado dois meses de diagnóstico

N07.16. Diarreia
(0) Sim, tinha após dois meses de COVID-19
(1) Não tive esse sintoma após dois meses de COVID-19
(2) Nunca tive esse sintoma
(3) Ainda tenho esse sintoma, mesmo já tendo passado dois meses de diagnóstico

N07.17. Problemas para dormir
(0) Sim, tinha após dois meses de COVID-19
(1) Não tive esse sintoma após dois meses de COVID-19
(2) Nunca tive esse sintoma
(3) Ainda tenho esse sintoma, mesmo já tendo passado dois meses de diagnóstico

N07.18. Dificuldade para realizar algum trabalho com as mãos, como se tivesse perdido a sensibilidade ou a capacidade de usar as mãos para realizar trabalhos que fazia antes
(0) Sim, tinha após dois meses de COVID-19
(1) Não tive esse sintoma após dois meses de COVID-19
(2) Nunca tive esse sintoma
(3) Ainda tenho esse sintoma, mesmo já tendo passado dois meses de diagnóstico

N07.19. Outro sintoma após dois meses de COVID-19? _____

N08. Alguém da sua família morreu de COVID-19?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA N09*
(1) Sim

N08.1. Qual a relação de parentesco?
N08.1.1. Mãe ___
N08.1.2. Pai ___
N08.1.3. Madrasta ___
N08.1.4. Padrasto ___
N08.1.5. Irmão(ã) ___
N08.1.6. Avó ___
N08.1.7. Avô ___
N08.1.8. Tio(a) ___
N08.1.9. Filho(a); Enteado(a) ___
N08.1.10. Outro parentesco ___

N09. Desde o início da pandemia, você teve algum problema de saúde, mas deixou de procurar atendimento especializado?
(0) Não
(1) Sim

N10. Desde o início da pandemia, você teve algum problema de saúde, tentou procurar atendimento e não conseguiu?
(0) Não
(1) Sim

N10.1. Qual(is) problema(s)? _____

N10.2. Considerando o problema de saúde mais importante, por que você não procurou atendimento especializado?
(1) O serviço estava fechado
(2) Não tinha dinheiro
(3) Horário incompatível
(4) Problemas com transporte
(5) Medo de contágio
(6) Outro motivo

N11. Desde o início da pandemia, você deveria ter comparecido a um serviço de saúde para consulta ou exame de rotina, mas deixou de comparecer?
(0) Não
(1) Sim

N11.1. Você deixou de comparecer a alguma consulta?
(0) Não
(1) Sim

N11.2. Você deixou de comparecer a algum exame de rotina?
(0) Não
(1) Sim

N11.3. Considerando a consulta ou exame de rotina mais importante, por que você não procurou o serviço de saúde e/ou não foi a uma consulta/exame de rotina?
(1) O serviço estava fechado
(2) Não tinha dinheiro
(3) Horário incompatível
(4) Problemas com transporte
(5) Medo de contágio
(6) Outro motivo

N12. Você teve alguma consulta ou procedimento de saúde cancelado em decorrência da pandemia?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA N13*
(1) Sim

N12.1. O que foi cancelado? _____

N12.1.1. Consulta para problema de saúde já existente	(0) Não	(1) Sim
N12.1.2. Pré-Natal	(0) Não	(1) Sim
N12.1.3. Cirurgia	(0) Não	(1) Sim

N12.1.4. Outro: _____

N13. Durante a pandemia, você consultou com profissional de saúde de forma remota, via telefone ou vídeo chamada?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA N14*
(1) Sim

N13.1. O serviço foi ofertado por meio de:
(1) Posto de saúde
(2) Plano de saúde
(3) Particular
(4) Outro

N14. Alguma vez você precisou fazer o teste ou exame para COVID-19 e não conseguiu?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA N15*
(1) Sim

N14.1. Por qual motivo você não conseguiu fazer o teste ou exame para COVID-19? _____

N15. Durante a pandemia, houve uma perda financeira significativa na família?
(0) Não
(1) Sim

N16. Você ou alguém na sua casa perdeu emprego durante a pandemia?
(0) Não
(1) Sim

N16.1. Quem?
N16.1.1. Eu ___
N16.1.2. Companheiro(a) ___
N16.1.3. Pai ___
N16.1.4. Mãe ___
N16.1.5. Padrasto ___
N16.1.6. Madrasta ___
N16.1.7. Irmão(ã) ___
N16.1.8. Outro ___

N17. Em algum momento durante a pandemia, você ou alguém da sua família recebeu o auxílio emergencial do governo?
(0) Não
(1) Sim

BLOCO O - MORBIDADES

AGORA NÓS VAMOS CONVERSAR SOBRE ALGUMAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

O01. Algum médico já disse que você tem ou teve algum problema de visão ou nos olhos?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA O02*
(1) Sim

SE SIM:
O01.1. Qual?_____

O02. Algum médico já disse que você tem ou teve algum dos problemas que eu irei citar:
O02.1. Hipertensão (pressão alta)? (0) Não (1) Sim
O02.2. Diabetes (açúcar no sangue)? (0) Não (1) Sim
O02.3. Artrite ou reumatismo? (0) Não (1) Sim
O02.4. Acidente vascular cerebral (AVC ou derrame) (0) Não (1) Sim
O02.5. Angina? (0) Não (1) Sim
O02.6. Infarto? (0) Não (1) Sim
O02.7. Outro problema cardíaco? (0) Não (1) Sim

SE SIM:
O02.7.1. Qual problema? _____

O03. Você tem dor persistente (crônica) na coluna, nas costas ou no pescoço, ou seja, uma dor que continua presente por grandes períodos?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA O04*
(1) Sim

SE SIM:
O03.1. Quando foi a última vez?_____

O04. Você tem ou teve câncer?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA O05*
(1) Sim

SE SIM:
O04.1. Qual?_____

O05. Você tem algum outro problema de saúde?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA O06*
(1) Sim

SE SIM:
O05.1. Qual(is)? _____

O06. Alguma vez você sentiu dor ou desconforto no peito?
(0) Não →*VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (P)*
(1) Sim

SE SIM:
O06.1. Esta dor ou desconforto aparece quando você caminha rápido ou sobe uma escada?
(0) Não
(1) Sim

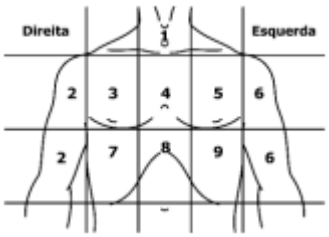
O06.2. Esta dor ou desconforto aparece quando você caminha devagar em terreno plano?
(0) Não
(1) Sim

O06.3. O que você faz se esta dor ou este desconforto aparece quando caminha?
(0) Continua assim mesmo
(1) Para ou diminui o ritmo

O06.4. Se você parar de caminhar o que acontece: esta dor ou desconforto alivia?
(0) Não
(1) Sim

O06.5. Quanto tempo leva para aliviar esta dor ou este desconforto?
(0) Mais de 10 minutos
(1) Menos de 10 minutos

O06.6. Por favor, olhe esta figura e mostre onde se localiza essa dor ou desconforto?



Local dor 1: ___
Local dor 2: ___
Local dor 3: ___
Local dor 4: ___
Local dor 5: ___
Local dor 6: ___
Local dor 7: ___
Local dor 8: ___
Local dor 9: ___

O06.7. Qual foi a última vez que você sentiu dor ou desconforto?
(0) Menos de 1 ano
(1) Mais de 1 ano

BLOCO P - DOR DE CABEÇA

P01. Você costuma ter dor de cabeça?
(0) Não →*VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (Q)*
(1) Sim

P02. Com que frequência você tem dor de cabeça? __ __ vezes

P02.1. Vezes por:
(1) Dia
(2) Semana
(3) Mês

P03. Suas dores de cabeça geralmente iniciam:
(1) De manhã
(2) De tarde
(3) No fim do dia
(4) De noite

P04. Quanto à intensidade, se você não tomar nenhum remédio para dor, suas dores de cabeça são geralmente:
(1) Fracas
(2) Mais ou menos
(3) Fortes
(4) Te deixam sem poder fazer nada

P05. Em que parte da cabeça, em geral, você sente a dor?
(01) Lado esquerdo
(02) Lado direito
(03) Pode ser tanto no lado esquerdo quanto no direito
(04) Nos dois lados da cabeça
(05) Na testa
(06) Nas têmporas
(07) No fundo dos olhos
(08) Na nuca
(09) No pescoço
(10) Outra parte

SE OUTRA PARTE:
P05.1. Qual? _____

P06. Com o que se parece sua dor de cabeça?
(1) Pressão
(2) Penetrante, como uma facada
(3) Latejante (como marteladas)
(4) Como uma faixa apertada em torno da cabeça
(5) Queimação
(6) Dor constante
(7) Outro

SE OUTRO:
P06.1. Qual? _____

P07. Alguma vez, antes da dor de cabeça iniciar, você sentiu:

P07.1. Luzes brilhantes	(0) Não (1) Sim
P07.2. Flashes de luz	(0) Não (1) Sim
P07.3. Luzes multicoloridas	(0) Não (1) Sim
P07.4. Linhas em zig-zag	(0) Não (1) Sim
P07.5. Perda de parte da visão	(0) Não (1) Sim
P07.6. Visão borrada	(0) Não (1) Sim
P07.7. Dormência ou formigamento	(0) Não (1) Sim
P07.8. Zumbido no ouvido	(0) Não (1) Sim
P07.9. Vertigem	(0) Não (1) Sim
P07.10. Enjoo ou náusea	(0) Não (1) Sim

P08. Durante a dor de cabeça, você:

P08.1. Sentiu náusea, enjoo	(0) Não (1) Sim
P08.2. Vomitou	(0) Não (1) Sim
P08.3. Sente que a claridade te incomoda	(0) Não (1) Sim
P08.4. Sente que sons altos te incomodam	(0) Não (1) Sim
P08.5. Sente que cheiros fortes te incomodam	(0) Não (1) Sim
P08.6. Teve tontura	(0) Não (1) Sim
P08.7. Teve vertigem	(0) Não (1) Sim
P08.8. Teve dormência ou formigamento	(0) Não (1) Sim
P08.9. O couro cabeludo, cabelos e orelhas ficaram mais sensíveis	(0) Não (1) Sim
P08.10. Ficou lacrimejando	(0) Não (1) Sim
P08.11. Teve coriza, congestão nasal, nariz entupido	(0) Não (1) Sim
P08.12. Teve dificuldade de concentração	(0) Não (1) Sim
P08.13. Teve mudança de humor/irritabilidade	(0) Não (1) Sim

BLOCO Q - DOENÇA RESPIRATÓRIA

AGORA VAMOS FALAR SOBRE CHIADO NO PEITO

Q01. Alguma vez na vida você teve chiado no peito?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA Q02*
(1) Sim

SE SIM:
Q01.1. Desde o ano passado você teve chiado no peito?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA Q02*
(1) Sim

SE SIM:
Q01.2. Desde o ano passado, quantas crises de chiado no peito você teve?
(0) Nenhuma
(1) 1 a 3 crises
(2) 4 a 12 crises
(3) Mais de 12 crises
(9) Não sei

Q01.3. Desde o ano passado, quantas vezes o seu sono foi atrapalhado pelo chiado no peito?
(0) Nunca acordou com chiado
(1) Menos de 1 noite por semana
(2) 1 ou mais noites por semana

Q01.4 Desde o ano passado, você teve algum episódio de chiado tão forte que não conseguiste dizer mais de duas palavras entre cada respiração?
(0) Não
(1) Sim

Q01.5. Desde o ano passado, você teve chiado no peito após exercícios físicos?
(0) Não
(1) Sim

Q01.6. Desde o ano passado, você teve tosse seca à noite, sem estar gripado(a)?
(0) Não
(1) Sim

Q02. Alguma vez na vida você teve asma?
(0) Não
(1) Sim

Q03. Alguma vez na vida o médico disse que você tinha asma ou bronquite?
(0) Não
(1) Sim

Só responder estas questões se for "SIM" para a pergunta "Q01.1" (Chiado no peito no último ano). Se for "NÃO", vá para a instrução "AGORA VAMOS FALAR SOBRE RINITE E ECZEMA"

AS CINCO PRÓXIMAS PERGUNTAS SE REFEREM AO CHIADO NO PEITO NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, OU SEJA, NO ÚLTIMO MÊS.

Q04. O chiado no peito prejudicou as suas atividades no local de estudo, trabalho ou em casa?
(5) Nenhuma vez
(4) Poucas vezes
(3) Algumas vezes
(2) Maioria das vezes
(1) Todo tempo

Q05. Como está o seu chiado?
(5) Muito controlado
(4) Bem controlado
(3) Um pouco controlado
(2) Mal controlado
(1) Muito descontrolado

Q06. Quantas vezes você teve falta de ar no último mês?
(5) Nenhuma vez
(4) Uma ou duas vezes por semana
(3) Três a seis vezes por semana
(2) Uma vez ao dia
(1) Mais que uma vez ao dia

Lembrando que estamos falando do último mês...

Q07. O seu chiado no peito lhe acordou à noite ou mais cedo que de costume?
(5) Nenhuma vez
(4) Uma ou duas vezes
(3) Uma vez por semana
(2) Duas ou três noites por semana
(1) Quatro ou mais noites por semana

Q08. Quantas vezes você usou remédio por inalação (ou bombinha) para alívio do chiado no último mês?
(5) Nenhuma vez
(4) Uma vez por semana ou menos
(3) Poucas vezes na semana
(2) Uma ou duas vezes por dia
(1) Três ou mais vezes por dia

AGORA VAMOS FALAR SOBRE RINITE E ECZEMA

Q09. Alguma vez na vida você teve problema com espirros ou coriza (nariz correndo), ou nariz entupido, sem estar resfriado(a) ou gripado(a)?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA Q14*
(1) Sim

Q10. Nos últimos 12 meses, você teve algum problema com espirros, coriza (nariz correndo) ou nariz entupido sem estar gripado(a) ou resfriado(a)?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA Q14*
(1) Sim

Q11. Nos últimos 12 meses, esse problema de nariz foi acompanhado de lágrimas ou coceira nos olhos?
(0) Não
(1) Sim

Q12. Em qual mês (ou quais meses) dos últimos 12 meses esse problema de nariz ocorreu?

Q12.1. Janeiro	(0) Não (1) Sim
Q12.2. Fevereiro	(0) Não (1) Sim
Q12.3. Março	(0) Não (1) Sim
Q12.4. Abril	(0) Não (1) Sim
Q12.5. Maio	(0) Não (1) Sim
Q12.6. Junho	(0) Não (1) Sim
Q12.7. Julho	(0) Não (1) Sim
Q12.8. Agosto	(0) Não (1) Sim
Q12.9. Setembro	(0) Não (1) Sim
Q12.10. Outubro	(0) Não (1) Sim
Q12.11. Novembro	(0) Não (1) Sim
Q12.12. Dezembro	(0) Não (1) Sim

Q13. Nos últimos 12 meses, o quanto tuas atividades diárias foram atrapalhadas por esse problema de nariz?
(0) Nem um pouco
(1) Um pouco
(2) Moderado
(3) Bastante

Q14. Alguma vez na vida você teve rinite?
(0) Não
(1) Sim

Q15. Alguma vez na vida o médico disse que você tinha rinite alérgica?
(0) Não
(1) Sim

Q16. Alguma vez na vida, você teve alergia de pele ou eczema?
(0) Não
(1) Sim

Q16.1. Alguma vez na vida o médico disse que você tinha alergia de pele ou eczema?
(0) Não
(1) Sim

Q16.2. Nos últimos 12 meses, você teve essas manchas na pele?
(0) Não →*VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (R)*
(1) Sim

SE SIM
Q16.2.1. Alguma vez essas manchas com coceira atingiram algum dos seguintes locais: dobras dos cotovelos, atrás dos joelhos, na frente dos tornozelos, abaixo das nádegas ou em volta do pescoço, orelhas ou olhos?
(0) Não
(1) Sim

Q16.2.2. Alguma vez, nos últimos 12 meses, estas manchas com coceira desapareceram completamente?
(0) Não
(1) Sim

Q16.2.3 Nos últimos 12 meses, quantas vezes você ficou acordado à noite por causa dessa coceira na pele?
(1) Nunca nos últimos 12 meses
(2) Menos de uma noite por semana
(3) Uma ou mais noites por semana

BLOCO R – CONSULTAS

AGORA EU VOU LHE FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA SAÚDE.

R01. Desde o ano passado, você consultou com algum profissional de saúde?
(0) Não →*VÁ PARA PERGUNTA R39*
(1) Sim

R02. Com quantos profissionais de saúde você consultou? _____

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O PRIMEIRO PROFISSIONAL QUE VOCÊ CONSULTOU

R03. Qual profissional de saúde você consultou?
(1) Clínico geral
(2) Médico especialista
(3) Dentista
(4) Fisioterapeuta
(5) Nutricionista
(6) Psicólogo
(7) Outro

SE SIM PARA MÉDICO ESPECIALISTA:
R03.1. Qual especialidade?

R03.1.1. Cardiologia	(0) Não (1) Sim
R03.1.2. Dermatologia	(0) Não (1) Sim
R03.1.3. Endocrinologia	(0) Não (1) Sim
R03.1.4. Gastroenterologia	(0) Não (1) Sim
R03.1.5. Ginecologia e obstetrícia	(0) Não (1) Sim
R03.1.6. Nefrologia	(0) Não (1) Sim
R03.1.7. Neurologia	(0) Não (1) Sim
R03.1.8. Oftalmologia	(0) Não (1) Sim
R03.1.9. Ortopedia e traumatologia	(0) Não (1) Sim
R03.1.10. Otorrinolaringologia	(0) Não (1) Sim
R03.1.11. Pneumologia	(0) Não (1) Sim

R03.1.12. Psiquiatria (0) Não (1) Sim
R03.1.13. Urologia (0) Não (1) Sim
R03.1.14. Outro (0) Não (1) Sim
SE OUTRO SIM:
R03.1.14.1. Qual? _____

R04. Quantas vezes você consultou com esse profissional? ___ vezes

R04.1. Qual o motivo de você ter consultado esse profissional? _____

R05. Onde foi(foram) feita(s) essa(s) consulta(s)?
(1) Convênio
(2) Consultório particular
(3) Posto de saúde
(4) Hospital/faculdade
(5) Pronto socorro
(6) UPA 24h - Unidade de Pronto Atendimento
(7) Outro

SE OUTRO
R05.1. Onde? _____

SE CONSULTOU COM UM PROFISSIONAL VÁ PARA A PERGUNTA R39, SE CONSULTOU COM DOIS OU MAIS PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R06.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O SEGUNDO PROFISSIONAL QUE VOCÊ CONSULTOU

R06. Qual profissional de saúde você consultou?

(1) Clínico geral
(2) Médico especialista
(3) Dentista
(4) Fisioterapeuta
(5) Nutricionista
(6) Psicólogo
(7) Outro

SE SIM PARA MÉDICO ESPECIALISTA:
R06.1. Qual especialidade?
R06.1.1. Cardiologia (0) Não (1) Sim
R06.1.2. Dermatologia (0) Não (1) Sim
R06.1.3. Endocrinologia (0) Não (1) Sim
R06.1.4. Gastroenterologia (0) Não (1) Sim
R06.1.5. Ginecologia e Obstetrícia (0) Não (1) Sim
R06.1.6. Nefrologia (0) Não (1) Sim
R06.1.7. Neurologia (0) Não (1) Sim
R06.1.8. Oftalmologia (0) Não (1) Sim
R06.1.9. Ortopedia e Traumatologia (0) Não (1) Sim
R06.1.10. Otorrinolaringologia (0) Não (1) Sim
R06.1.11. Pneumologia (0) Não (1) Sim
R06.1.12. Psiquiatria (0) Não (1) Sim
R06.1.13. Urologia (0) Não (1) Sim
R06.1.14. Outro (0) Não (1) Sim
SE OUTRO SIM:
R06.1.14.1. Qual? _____

R07. Quantas vezes você consultou com esse profissional? ___ vezes

R07.1. Qual o motivo de você ter consultado com esse profissional? _____

R08. Onde foi(foram) feita(s) essa(s) consulta(s)?
(1) Convênio
(2) Consultório particular
(3) Posto de saúde
(4) Hospital/faculdade
(5) Pronto socorro
(6) UPA 24h - Unidade de Pronto Atendimento
(7) Outro

SE OUTRO
R08.1. Onde? _____

SE CONSULTOU COM DOIS PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R39, SE CONSULTOU COM TRÊS OU MAIS PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R09.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O TERCEIRO PROFISSIONAL QUE VOCÊ CONSULTOU

R09. Qual profissional de saúde você consultou?
(1) Clínico geral
(2) Médico especialista
(3) Dentista
(4) Fisioterapeuta
(5) Nutricionista
(6) Psicólogo
(7) Outro

SE SIM PARA MÉDICO ESPECIALISTA
R09.1. Qual especialidade?

R09.1.1. Cardiologia	(0) Não (1) Sim
R09.1.2. Dermatologia	(0) Não (1) Sim
R09.1.3. Endocrinologia	(0) Não (1) Sim
R09.1.4. Gastroenterologia	(0) Não (1) Sim
R09.1.5. Ginecologia e obstetrícia	(0) Não (1) Sim
R09.1.6. Nefrologia	(0) Não (1) Sim
R09.1.7. Neurologia	(0) Não (1) Sim
R09.1.8. Oftalmologia	(0) Não (1) Sim
R09.1.9. Ortopedia e traumatologia	(0) Não (1) Sim
R09.1.10. Otorrinolaringologia	(0) Não (1) Sim
R09.1.11. Pneumologia	(0) Não (1) Sim
R09.1.12. Psiquiatria	(0) Não (1) Sim
R09.1.13. Urologia	(0) Não (1) Sim
R09.1.14. Outro	(0) Não (1) Sim

SE SIM:
R09.1.14.1. Qual? _____

R10. Quantas vezes você consultou com esse profissional? ___ vezes

R10.1. Qual o motivo de você ter consultado com esse profissional? _____

R11. Onde foi(foram) feita(s) essas(s) consulta(s)?
(1) Convênio
(2) Consultório particular
(3) Posto de saúde
(4) Hospital/faculdade
(5) Pronto socorro
(6) UPA 24h - Unidade de Pronto Atendimento
(7) Outro

SE OUTRO
R11.1. Onde? _____

SE CONSULTOU COM TRÊS PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R39, SE CONSULTOU COM QUATRO OU MAIS PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R12.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O QUARTO PROFISSIONAL QUE VOCÊ CONSULTOU

R12. Qual profissional de saúde você consultou?
(1) Clínico geral
(2) Médico especialista
(3) Dentista
(4) Fisioterapeuta
(5) Nutricionista
(6) Psicólogo
(7) Outro

SE SIM PARA MÉDICO ESPECIALISTA:
R12.1. Qual especialidade?

R12.1.1. Cardiologia	(0) Não (1) Sim
R12.1.2. Dermatologia	(0) Não (1) Sim
R12.1.3. Endocrinologia	(0) Não (1) Sim
R12.1.4. Gastroenterologia	(0) Não (1) Sim
R12.1.5. Ginecologia e obstetrícia	(0) Não (1) Sim
R12.1.6. Nefrologia	(0) Não (1) Sim
R12.1.7. Neurologia	(0) Não (1) Sim
R12.1.8. Oftalmologia	(0) Não (1) Sim
R12.1.9. Ortopedia e traumatologia	(0) Não (1) Sim
R12.1.10. Otorrinolaringologia	(0) Não (1) Sim
R12.1.11. Pneumologia	(0) Não (1) Sim
R12.1.12. Psiquiatria	(0) Não (1) Sim
R12.1.13. Urologia	(0) Não (1) Sim
R12.1.14. Outro	(0) Não (1) Sim

SE SIM:
R12.1.14.1. Qual? _____

R13. Quantas vezes você consultou com esse profissional? ___ vezes

R13.1. Qual o motivo de você ter consultado com esse profissional? _____

R14. Onde foi(foram) feita(s) essa(s) consulta(s)?
(1) Convênio
(2) Consultório particular
(3) Posto de saúde
(4) Hospital/faculdade
(5) Pronto socorro
(6) UPA 24h - Unidade de Pronto Atendimento
(7) Outro

SE OUTRO
R14.1. Onde? _____

SE CONSULTOU COM QUATRO PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R39, SE CONSULTOU COM CINCO OU MAIS PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R15.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O QUINTO PROFISSIONAL QUE VOCÊ CONSULTOU

R15. Qual profissional de saúde você consultou?
(1) Clínico geral
(2) Médico especialista
(3) Dentista
(4) Fisioterapeuta
(5) Nutricionista
(6) Psicólogo
(7) Outro

SE SIM PARA MÉDICO ESPECIALISTA:
R15.1. Qual especialidade?

R15.1.1. Cardiologia	(0) Não (1) Sim
R15.1.2. Dermatologia	(0) Não (1) Sim
R15.1.3. Endocrinologia	(0) Não (1) Sim
R15.1.4. Gastroenterologia	(0) Não (1) Sim
R15.1.5. Ginecologia e obstetrícia	(0) Não (1) Sim
R15.1.6. Nefrologia	(0) Não (1) Sim
R15.1.7. Neurologia	(0) Não (1) Sim
R15.1.8. Oftalmologia	(0) Não (1) Sim
R15.1.9. Ortopedia e traumatologia	(0) Não (1) Sim
R15.1.10. Otorrinolaringologia	(0) Não (1) Sim
R15.1.11. Pneumologia	(0) Não (1) Sim
R15.1.12. Psiquiatria	(0) Não (1) Sim
R15.1.13. Urologia	(0) Não (1) Sim
R15.1.14. Outro	(0) Não (1) Sim

SE SIM:
R15.1.14.1. Qual? _____

R16. Quantas vezes você consultou com esse profissional? ___ vezes

R16.1. Qual o motivo de você ter consultado com esse profissional? _____

R17. Onde foi(foram) feita(s) essa(s) consulta(s)?
(1) Convênio
(2) Consultório particular
(3) Posto de saúde
(4) Hospital/faculdade
(5) Pronto socorro
(6) UPA 24h - Unidade de Pronto Atendimento
(7) Outro

SE OUTRO
R17.1. Onde? _____

SE CONSULTOU COM CINCO PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R39, SE CONSULTOU COM SEIS OU MAIS PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R18.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O SEXTO PROFISSIONAL QUE VOCÊ CONSULTOU

R18. Qual profissional de saúde você consultou?
(1) Clínico geral
(2) Médico especialista
(3) Dentista
(4) Fisioterapeuta
(5) Nutricionista
(6) Psicólogo
(7) Outro

SE SIM PARA MÉDICO ESPECIALISTA:

R18.1. Qual especialidade?

R18.1.1. Cardiologia	(0) Não (1) Sim
R18.1.2. Dermatologia	(0) Não (1) Sim
R18.1.3. Endocrinologia	(0) Não (1) Sim
R18.1.4. Gastroenterologia	(0) Não (1) Sim
R18.1.5. Ginecologia e obstetrícia	(0) Não (1) Sim
R18.1.6. Nefrologia	(0) Não (1) Sim
R18.1.7. Neurologia	(0) Não (1) Sim
R18.1.8. Oftalmologia	(0) Não (1) Sim
R18.1.9. Ortopedia e traumatologia	(0) Não (1) Sim
R18.1.10. Otorrinolaringologia	(0) Não (1) Sim
R18.1.11. Pneumologia	(0) Não (1) Sim
R18.1.12. Psiquiatria	(0) Não (1) Sim
R18.1.13. Urologia	(0) Não (1) Sim
R18.1.14. Outro	(0) Não (1) Sim

SE SIM:

R18.1.14.1. Qual? _____

R19. Quantas vezes você consultou com esse profissional? ___ vezes

R19.1. Qual o motivo de você ter consultado com esse profissional? _____

R20. Onde foi(foram) feita(s) essa(s) consulta(s)?

(1) Convênio
(2) Consultório particular
(3) Posto de saúde
(4) Hospital/faculdade
(5) Pronto socorro
(6) UPA 24h - Unidade de Pronto Atendimento
(7) Outro

SE OUTRO

R20.1. Onde? _____

SE CONSULTOU COM SEIS PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R39, SE CONSULTOU COM SETE OU MAIS PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R21.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O SÉTIMO PROFISSIONAL QUE VOCÊ CONSULTOU

R21. Qual profissional de saúde você consultou?

(1) Clínico geral
(2) Médico especialista
(3) Dentista
(4) Fisioterapeuta
(5) Nutricionista
(6) Psicólogo
(7) Outro

SE SIM PARA MÉDICO ESPECIALISTA:

R21.1. Qual especialidade?

R21.1.1. Cardiologia	(0) Não (1) Sim
R21.1.2. Dermatologia	(0) Não (1) Sim
R21.1.3. Endocrinologia	(0) Não (1) Sim
R21.1.4. Gastroenterologia	(0) Não (1) Sim
R21.1.5. Ginecologia e obstetrícia	(0) Não (1) Sim
R21.1.6. Nefrologia	(0) Não (1) Sim
R21.1.7. Neurologia	(0) Não (1) Sim

R21.1.8. Oftalmologia (0) Não (1) Sim
R21.1.9. Ortopedia e traumatologia (0) Não (1) Sim
R21.1.10. Otorrinolaringologia (0) Não (1) Sim
R21.1.11. Pneumologia (0) Não (1) Sim
R21.1.12. Psiquiatria (0) Não (1) Sim
R21.1.13. Urologia (0) Não (1) Sim
R21.1.14. Outro (0) Não (1) Sim
SE SIM:
R21.1.14.1. Qual? _____

R22. Quantas vezes você consultou com esse profissional? ___ vezes

R22.1. Qual o motivo de você ter consultado com esse profissional? _____

R23. Onde foi(foram) feita(s) essa(s) consulta(s)?
(1) Convênio
(2) Consultório particular
(3) Posto de saúde
(4) Hospital/Faculdade
(5) Pronto socorro
(6) UPA 24h - Unidade de Pronto Atendimento
(7) Outro

SE OUTRO
R23.1. Onde? _____

SE CONSULTOU COM SETE PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R39, SE CONSULTOU COM OITO OU MAIS PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R24.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O OITAVO PROFISSIONAL QUE VOCÊ CONSULTOU

R24. Qual profissional de saúde você consultou?
(1) Clínico geral
(2) Médico especialista
(3) Dentista
(4) Fisioterapeuta
(5) Nutricionista
(6) Psicólogo
(7) Outro

SE SIM PARA MÉDICO ESPECIALISTA:
R24.1. Qual especialidade?
R24.1.1. Cardiologia (0) Não (1) Sim
R24.1.2. Dermatologia (0) Não (1) Sim
R24.1.3. Endocrinologia (0) Não (1) Sim
R24.1.4. Gastroenterologia (0) Não (1) Sim
R24.1.5. Ginecologia e obstetrícia (0) Não (1) Sim
R24.1.6. Nefrologia (0) Não (1) Sim
R24.1.7. Neurologia (0) Não (1) Sim
R24.1.8. Oftalmologia (0) Não (1) Sim
R24.1.9. Ortopedia e traumatologia (0) Não (1) Sim
R24.1.10. Otorrinolaringologia (0) Não (1) Sim
R24.1.11. Pneumologia (0) Não (1) Sim
R24.1.12. Psiquiatria (0) Não (1) Sim
R24.1.13. Urologia (0) Não (1) Sim
R24.1.14. Outro (0) Não (1) Sim
SE SIM:
R24.1.14.1. Qual? _____

R25. Quantas vezes você consultou com esse profissional? ___ vezes

R25.1. Qual o motivo dessa consulta? _____

R26. Onde foi(foram) feita(s) essa(s) consulta(s)?
(1) Convênio
(2) Consultório particular
(3) Posto de saúde
(4) Hospital/Faculdade
(5) Pronto socorro
(6) UPA 24h - Unidade de Pronto Atendimento
(7) Outro

SE OUTRO
R26.1. Onde? _____

SE CONSULTOU COM OITO PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R39, SE CONSULTOU COM NOVE OU MAIS PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R27.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O NONO PROFISSIONAL QUE VOCÊ CONSULTOU

R27. Qual profissional de saúde você consultou?
(1) Clínico geral
(2) Médico especialista
(3) Dentista
(4) Fisioterapeuta
(5) Nutricionista
(6) Psicólogo
(7) Outro

SE SIM PARA MÉDICO ESPECIALISTA:

R27.1.1. Cardiologia	(0) Não (1) Sim
R27.1.2. Dermatologia	(0) Não (1) Sim
R27.1.3. Endocrinologia	(0) Não (1) Sim
R27.1.4. Gastroenterologia	(0) Não (1) Sim
R27.1.5. Ginecologia e obstetrícia	(0) Não (1) Sim
R27.1.6. Nefrologia	(0) Não (1) Sim
R27.1.7. Neurologia	(0) Não (1) Sim
R27.1.8. Oftalmologia	(0) Não (1) Sim
R27.1.9. Ortopedia e traumatologia	(0) Não (1) Sim
R27.1.10. Otorrinolaringologia	(0) Não (1) Sim
R27.1.11. Pneumologia	(0) Não (1) Sim
R27.1.12. Psiquiatria	(0) Não (1) Sim
R27.1.13. Urologia	(0) Não (1) Sim
R27.1.14. Outro	(0) Não (1) Sim

SE SIM:
R27.1.14.1. Qual? _____

R28. Quantas vezes você consultou com esse profissional? ___ vezes

R28.1. Qual o motivo de você ter consultado com esse profissional? _____

R29. Onde foi(foram) feita(s) essa(s) consulta(s)?
(1) Convênio
(2) Consultório particular
(3) Posto de saúde
(4) Hospital/Faculdade
(5) Pronto socorro
(6) UPA 24h - Unidade de Pronto Atendimento
(7) Outro

SE OUTRO
R29.1. Onde? _____

SE CONSULTOU COM NOVE PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R39, SE CONSULTOU COM DEZ OU MAIS PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R30.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O DÉCIMO PROFISSIONAL QUE VOCÊ CONSULTOU

R30. Qual profissional de saúde você consultou?
(1) Clínico geral
(2) Médico especialista
(3) Dentista
(4) Fisioterapeuta
(5) Nutricionista
(6) Psicólogo
(7) Outro

SE SIM PARA MÉDICO ESPECIALISTA:
R30.1. Qual especialidade?

R30.1.1. Cardiologia	(0) Não (1) Sim
R30.1.2. Dermatologia	(0) Não (1) Sim
R30.1.3. Endocrinologia	(0) Não (1) Sim
R30.1.4. Gastroenterologia	(0) Não (1) Sim
R30.1.5. Ginecologia e obstetrícia	(0) Não (1) Sim
R30.1.6. Nefrologia	(0) Não (1) Sim
R30.1.7. Neurologia	(0) Não (1) Sim
R30.1.8. Oftalmologia	(0) Não (1) Sim
R30.1.9. Ortopedia e traumatologia	(0) Não (1) Sim
R30.1.10. Otorrinolaringologia	(0) Não (1) Sim
R30.1.11. Pneumologia	(0) Não (1) Sim
R30.1.12. Psiquiatria	(0) Não (1) Sim
R30.1.13. Urologia	(0) Não (1) Sim
R30.1.14. Outro	(0) Não (1) Sim

SE SIM:
R30.1.14.1. Qual? _____

R31. Quantas vezes você consultou com esse profissional? ___ vezes

R31.1. Qual o motivo de você ter consultado com esse profissional? _____

R32. Onde foi(foram) feita(s) essa(s) consulta(s)?
(1) Convênio
(2) Consultório particular
(3) Posto de saúde
(4) Hospital/Faculdade
(5) Pronto socorro
(6) UPA 24h - Unidade de Pronto Atendimento
(7) Outro

SE OUTRO
R32.1. Onde? _____

SE CONSULTOU COM DEZ PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R39, SE CONSULTOU COM ONZE OU MAIS PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R33.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O DÉCIMO PRIMEIRO PROFISSIONAL QUE VOCÊ CONSULTOU

R33. Qual profissional de saúde você consultou?
(1) Clínico geral
(2) Médico especialista
(3) Dentista
(4) Fisioterapeuta
(5) Nutricionista
(6) Psicólogo
(7) Outro

SE SIM PARA MÉDICO ESPECIALISTA:
R33.1. Qual especialidade?

R33.1.1. Cardiologia	(0) Não (1) Sim
R33.1.2. Dermatologia	(0) Não (1) Sim
R33.1.3. Endocrinologia	(0) Não (1) Sim
R33.1.4. Gastroenterologia	(0) Não (1) Sim
R33.1.5. Ginecologia e obstetrícia	(0) Não (1) Sim
R33.1.6. Nefrologia	(0) Não (1) Sim
R33.1.7. Neurologia	(0) Não (1) Sim
R33.1.8. Oftalmologia	(0) Não (1) Sim
R33.1.9. Ortopedia e traumatologia	(0) Não (1) Sim
R33.1.10. Otorrinolaringologia	(0) Não (1) Sim
R33.1.11. Pneumologia	(0) Não (1) Sim
R33.1.12. Psiquiatria	(0) Não (1) Sim
R33.1.13. Urologia	(0) Não (1) Sim
R33.1.14. Outro	(0) Não (1) Sim

SE SIM:
R33.1.14.1. Qual? _____

R34. Quantas vezes você consultou com esse profissional? ___ vezes

R34.1. Qual o motivo de você ter consultado com esse profissional? _____

R35. Onde foi(foram) feita(s) essa(s) consulta(s)?
(1) Convênio
(2) Consultório particular
(3) Posto de saúde
(4) Hospital/Faculdade
(5) Pronto socorro
(6) UPA 24h - Unidade de Pronto Atendimento
(7) Outro

SE OUTRO
R35.1. Onde? _____

SE CONSULTOU COM ONZE PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R39, SE CONSULTOU COM DOZE PROFISSIONAIS VÁ PARA A PERGUNTA R36.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O DÉCIMO SEGUNDO PROFISSIONAL QUE VOCÊ CONSULTOU

R36. Qual profissional de saúde você consultou?
(1) Clínico geral
(2) Médico especialista
(3) Dentista
(4) Fisioterapeuta
(5) Nutricionista
(6) Psicólogo
(7) Outro

SE SIM PARA MÉDICO ESPECIALISTA:
R36.1. Qual especialidade?

R36.1.1. Cardiologia	(0) Não (1) Sim
R36.1.2. Dermatologia	(0) Não (1) Sim
R36.1.3. Endocrinologia	(0) Não (1) Sim
R36.1.4. Gastroenterologia	(0) Não (1) Sim
R36.1.5. Ginecologia e obstetrícia	(0) Não (1) Sim
R36.1.6. Nefrologia	(0) Não (1) Sim
R36.1.7. Neurologia	(0) Não (1) Sim
R36.1.8. Oftalmologia	(0) Não (1) Sim
R36.1.9. Ortopedia e traumatologia	(0) Não (1) Sim
R36.1.10. Otorrinolaringologia	(0) Não (1) Sim
R36.1.11. Pneumologia	(0) Não (1) Sim
R36.1.12. Psiquiatria	(0) Não (1) Sim
R36.1.13. Urologia	(0) Não (1) Sim
R36.1.14. Outro	(0) Não (1) Sim

SE SIM:
R36.1.14.1. Qual? _____

R37. Quantas vezes você consultou com esse profissional? ___ vezes

R37.1. Qual o motivo de você ter consultado com esse profissional? _____

R38. Onde foi(foram) feita(s) essa(s) consulta(s)?
(1) Convênio
(2) Consultório particular
(3) Posto de saúde
(4) Hospital/Faculdade
(5) Pronto socorro
(6) UPA 24h - Unidade de Pronto Atendimento
(7) Outro

SE OUTRO
R38.1. Onde? _____

R39. Em geral, como você avalia a sua saúde?
(1) Muito boa
(2) Boa
(3) Regular
(4) Ruim
(5) Muito ruim

R40. Você tem algum plano ou convênio de saúde particular?
(0) Não →*VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (S)*
(1) Sim

SE SIM:

R41. Qual(is)?

R41.1. AFPERGS	(0) Não (1) Sim
R41.2. Amil	(0) Não (1) Sim
R41.3. AMS - Petrobras	(0) Não (1) Sim
R41.4. AngelusPax	(0) Não (1) Sim
R41.5. ASSEFAZ	(0) Não (1) Sim
R41.6. Bradesco Saúde	(0) Não (1) Sim
R41.7. Capergs	(0) Não (1) Sim
R41.8. Casembrapa	(0) Não (1) Sim
R41.9. CASSI	(0) Não (1) Sim
R41.10. Cruz de Prata	(0) Não (1) Sim
R41.11. DescontSaúde	(0) Não (1) Sim
R41.12. Expresso Embaixador	(0) Não (1) Sim
R41.13. Fênix	(0) Não (1) Sim
R41.14. FUSEX	(0) Não (1) Sim
R41.15. GEAP	(0) Não (1) Sim
R41.16. Golden Cross	(0) Não (1) Sim
R41.17. IBCM	(0) Não (1) Sim
R41.18. IPE	(0) Não (1) Sim
R41.19. Master Descontos	(0) Não (1) Sim
R41.20. Planos odontológicos	(0) Não (1) Sim
R41.21. Policlínica Pelotense	(0) Não (1) Sim
R41.22. Postal Saúde (Correios)	(0) Não (1) Sim
R41.23. PrevPel	(0) Não (1) Sim
R41.24. Sameisa	(0) Não (1) Sim
R41.25. Saúde Caixa	(0) Não (1) Sim
R41.26. Saúde do Povo	(0) Não (1) Sim
R41.27. Saúde Familiar	(0) Não (1) Sim
R41.28. Saúde Maior	(0) Não (1) Sim
R41.29. Saúde+Fácil (HUSFP)	(0) Não (1) Sim
R41.30. Sul América	(0) Não (1) Sim
R41.31. Sulclínica	(0) Não (1) Sim
R41.32. Unimed	(0) Não (1) Sim
R41.33. Outro	(0) Não (1) Sim

SEM SIM

R41.33.1. Qual o outro plano? _____

BLOCO S – HOSPITALIZAÇÃO

AGORA VAMOS FALAR SOBRE HOSPITALIZAÇÕES

S01. Desde que completou 30 anos, você baixou em um hospital alguma vez?

(0) Não →*VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (T)*

(1) Sim

SE SIM:

S02. Quantas vezes você baixou em um hospital desde os seus 30 anos? ___ ___ vezes [99=IGN]

S03. Qual o motivo da primeira internação?_____ [99=IGN]

S03.1. Que idade você tinha na primeira internação? ___ anos

S03.2. Essa hospitalização foi por?
(1) Convênio
(2) Particular
(3) SUS
(9) Não sei

SE INTERNOU UMA VEZ VÁ PARA O BLOCO T, SE INTERNOU DUAS OU MAIS VEZES VÁ PARA A PERGUNTA S04.

S04. Qual o motivo da segunda internação? _____ [99=IGN]

S04.1. Que idade você tinha na segunda internação? ___ anos

S04.2. Essa hospitalização foi por?
(1) Convênio
(2) Particular
(3) SUS
(9) Não sei

SE INTERNOU DUAS VEZES VÁ PARA O BLOCO T, SE INTERNOU TRÊS OU MAIS VEZES VÁ PARA A PERGUNTA S05.

S05. Qual o motivo da terceira internação? _____ [99=IGN]

S05.1. Que idade você tinha na terceira internação? ___ anos

S05.2. Essa hospitalização foi por?
(1) Convênio
(2) Particular
(3) SUS
(9) Não sei

SE INTERNOU TRÊS VEZES VÁ PARA O BLOCO T, SE INTERNOU QUATRO OU MAIS VEZES VÁ PARA A PERGUNTA S06.

S06. Qual o motivo da quarta internação? _____ [99=IGN]

S06.1. Que idade você tinha na quarta internação? ___ anos

S06.2. Essa hospitalização foi por?
(1) Convênio
(2) Particular
(3) SUS
(9) Não sei

SE INTERNOU QUATRO VEZES VÁ PARA O BLOCO T, SE INTERNOU CINCO OU MAIS VEZES VÁ PARA A PERGUNTA S07.

S07. Qual o motivo da quinta internação? _____ [99=IGN]

S07.1. Que idade você tinha na quinta internação? ___ anos

S07.2. Essa hospitalização foi por?
(1) Convênio
(2) Particular
(3) SUS
(9) Não sei

SE INTERNOU CINCO VEZES VÁ PARA O BLOCO T, SE INTERNOU SEIS OU MAIS VEZES VÁ PARA A PERGUNTA S08.

S08. Qual o motivo da sexta internação?_____ [99=IGN]

S08.1. Que idade você tinha na sexta internação? ___ anos

S08.2. Essa hospitalização foi por?
(1) Convênio
(2) Particular
(3) SUS
(9) Não sei

SE INTERNOU SEIS VEZES VÁ PARA O BLOCO T, SE INTERNOU SETE OU MAIS VEZES VÁ PARA A PERGUNTA S09.

S09. Qual o motivo da sétima internação?_____ [99=IGN]

S09.1. Que idade você tinha na sétima internação? ___ anos

S09.2. Essa hospitalização foi por?
(1) Convênio
(2) Particular
(3) SUS
(9) Não sei

SE INTERNOU SETE VEZES VÁ PARA O BLOCO T, SE INTERNOU OITO VEZES VÁ PARA A PERGUNTA S10.

S10. Qual o motivo da oitava internação? _____ [99=IGN]

S10.1. Que idade você tinha na oitava internação? ___ anos

S10.2. Essa hospitalização foi por?
(1) Convênio
(2) Particular
(3) SUS
(9) Não sei

BLOCO T - MEDICAMENTOS

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE REMÉDIOS

T01. Nas duas últimas semanas, você tomou ou usou algum medicamento, incluindo pomada, creme, bombinha, vitamina, remédio para dor, febre ou dormir?
(0) Não →*VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (U)*
(1) Sim

T02. Quantos remédios você usou ou está usando? __ __

Agora vamos falar sobre cada um dos remédios que você tomou ou usou nas duas últimas semanas.

T03. Qual o nome do remédio 1 que você usa/usou? _____

T03.1. Por qual motivo ou doença usa/usou este remédio? _____

T03.2. Tu usa/usou ele...
(1) Uma vez por mês ou menos
(2) Duas a quatro vezes por mês
(3) Duas a três vezes por semana
(4) Quatro ou mais vezes por semana

T03.3. Estás usando ou usou este remédio por quanto tempo?
T03.3.1. Anos: __ __ [99=IGN]
T03.3.2. Meses: __ __ [99=IGN]
T03.3.3. Semanas: __ __ [99=IGN]

T03.4. Quem indicou?
(1) Médico
(2) Outro profissional de saúde
(3) Mãe
(4) Familiar/amigo
(5) Ninguém (tomei por conta própria)
(6) Outro

SE USA/USOU UM REMÉDIO VÁ PARA O BLOCO U, SE USA/USOU DOIS OU MAIS REMÉDIOS VÁ PARA A PERGUNTA T04.

T04. Qual o nome do remédio 2 que você usa/usou? _____

T04.1. Por qual motivo ou doença você usa/usou este remédio? _____

T04.2. Tu usa/usou ele...
(1) Uma vez por mês ou menos
(2) Duas a quatro vezes por mês
(3) Duas a três vezes por semana
(4) Quatro ou mais vezes por semana

T04.3. Está usando ou usou este remédio por quanto tempo?
T04.3.1. Anos: __ __ [99=IGN]
T04.3.2. Meses: __ __ [99=IGN]
T04.3.3. Semanas: __ __ [99=IGN]

T04.4. Quem indicou?
(1) Médico
(2) Outro profissional de saúde
(3) Mãe
(4) Familiar/amigo
(5) Ninguém (tomei por conta própria)
(6) Outro

SE USA/USOU DOIS REMÉDIOS VÁ PARA O BLOCO U, SE USA/USOU TRÊS OU MAIS REMÉDIOS VÁ PARA A PERGUNTA T05.

T05. Qual o nome do remédio 3 que você usa/usou? _____

T05.1. Por qual motivo ou doença você usa/usou este remédio? _____

T05.2. Tu usa/usou ele...
(1) Uma vez por mês ou menos
(2) Duas a quatro vezes por mês
(3) Duas a três vezes por semana
(4) Quatro ou mais vezes por semana

T05.3. Está usando ou usou este remédio por quanto tempo?
T05.3.1. Anos: __ __ [99=IGN]
T05.3.2. Meses: __ __ [99=IGN]
T05.3.3. Semanas: __ __ [99=IGN]

T05.4. Quem indicou?
(1) Médico
(2) Outro profissional de saúde
(3) Mãe
(4) Familiar/amigo
(5) Ninguém (tomei por conta própria)
(6) Outro

SE USA/USOU TRÊS REMÉDIOS VÁ PARA O BLOCO U, SE USA/USOU QUATRO OU MAIS REMÉDIOS VÁ PARA A PERGUNTA T06.

T06. Qual o nome do remédio 4 que você usa/usou? _____

T06.1. Por qual motivo ou doença você usa/usou este remédio? _____

T06.2. Tu usa/usou ele...
(1) Uma vez por mês ou menos
(2) Duas a quatro vezes por mês
(3) Duas a três vezes por semana
(4) Quatro ou mais vezes por semana

T06.3. Está usando ou usou este remédio por quanto tempo?
T06.3.1. Anos: __ __ [99=IGN]
T06.3.2. Meses: __ __ [99=IGN]
T06.3.3. Semanas: __ __ [99=IGN]

T06.4. Quem indicou?
(1) Médico
(2) Outro profissional de saúde
(3) Mãe
(4) Familiar/amigo
(5) Ninguém (tomei por conta própria)
(6) Outro

SE USA/USOU QUATRO REMÉDIOS VÁ PARA O BLOCO U, SE USA/USOU CINCO REMÉDIOS VÁ PARA A PERGUNTA T07.

T07. Qual o nome do remédio 5 que você usa/usou? _____

T07.1. Por qual motivo ou doença você usa/usou este remédio? _____

T07.2. Tu usa/usou ele...
(1) Uma vez por mês ou menos
(2) Duas a quatro vezes por mês
(3) Duas a três vezes por semana
(4) Quatro ou mais vezes por semana

T07.3. Está usando ou usou este remédio por quanto tempo?
T07.3.1. Anos: __ __ [99=IGN]
T07.3.2. Meses: __ __ [99=IGN]
T07.3.3. Semanas: __ __ [99=IGN]

T07.4. Quem indicou?
(1) Médico
(2) Outro profissional de saúde
(3) Mãe
(4) Familiar/amigo
(5) Ninguém (tomei por conta própria)
(6) Outro

BLOCO U - BCG

AGORA SERÃO FEITAS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A VACINA BCG, QUE É A VACINA CONTRA TUBERCULOSE. NORMALMENTE ESTA VACINA É APLICADA EM UM DOS BRAÇOS, GERALMENTE NO BRAÇO DIREITO, PORÉM PODE SER APLICADA EM OUTROS LOCAIS DO CORPO.

U01. Você recebeu a vacina BCG alguma vez?
(0) Não →*VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (V)*
(1) Sim
(9) Não sei

U01.1. Quantos anos você tinha quando recebeu a vacina BCG? ___ anos [999=IGN]

U01.2. Qual a sua idade, aproximadamente, quando recebeu a vacina BCG?
(1) Antes de iniciar a escola
(2) Em idade escolar
(3) Idade adulta
(9) Não sei

U02. Você tem alguma marca ou cicatriz onde a vacina foi aplicada?
(0) Não
(1) Sim
(9) Não sei

BLOCO V - CESARIANA

AGORA SERÃO FEITAS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE PARTO CESÁREA. ESTE TIPO DE PARTO, TAMBÉM COMUMENTE CHAMADO CESARIANA, É UMA FORMA DE NASCIMENTO DE BEBÊS POR VIA CIRÚRGICA, ATRAVÉS DE UM CORTE NA REGIÃO ABDOMINAL DA MULHER. ELE PODE SER PROGRAMADO PELO OBSTETRA COM ANTECEDÊNCIA CASO SEJA O DESEJO DA MULHER OU SE HOUVER RISCO DE COMPLICAÇÕES PARA A MULHER OU O BEBÊ. O TIPO DE INCISÃO (OU SEJA, O TIPO DE CORTE) MAIS COMUM É CONHECIDO COMO PFANNENSTIEL, QUE É UM CORTE HORIZONTAL. PORÉM, TAMBÉM HÁ CASOS EM QUE A INCISÃO É VERTICAL, TAMBÉM CONHECIDA COMO INCISÃO MEDIANA.

V01. Você já teve um filho por parto do tipo cesárea?
(0) Não →*VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (W)*
(1) Sim
(9) Não sei

Para responder as próximas perguntas, considere as orientações a seguir:
Caso você tenha passado por apenas uma cesariana, por favor responda as próximas perguntas pensando nesta cesariana. Caso você tenha passado por mais de uma cesariana e a orientação da incisão (ou seja, o sentido do corte) tenha sido sempre o mesmo, por favor responda as próximas perguntas pensando na cesariana mais recente.
Caso você tenha passado por mais de uma cesariana e a orientação da incisão (ou seja, o sentido do corte) não tenha sido sempre o mesmo, por favor responda as próximas perguntas pensando na cesariana mais recente que utilizou incisão horizontal. Por exemplo,

se você teve três filhos por cesariana, e nos dois primeiros a incisão foi vertical e no terceiro a incisão foi transversal, por favor responda as perguntas pensando na cesariana do segundo filho.

V02. Qual é a direção da cicatriz?
(1) Vertical
(0) Horizontal
(9) Não sei

V03. Qual a sua idade quando você realizou esta cesariana? ___ anos

V04. Quantas gestações você teve antes da gestação que terminou nesta cesariana? (Por favor, inclua gestações perdidas ou interrompidas. Por exemplo, se você teve apenas uma gestação na sua vida e o parto foi cesariana, a resposta para esta pergunta é 0) ___

V05. Quantas cesarianas foram realizadas com a incisão neste mesmo local? (Por exemplo, se você teve duas cesarianas e a incisão da segunda foi realizada no mesmo local que a primeira, sua resposta para esta pergunta é 2) ___

V06. Quantas crianças nasceram de parto vaginal (também conhecido como parto natural) após esta cesariana? (Por exemplo, se, após a cesariana, você teve 2 filhos, todos nascidos de parto vaginal, a resposta para esta pergunta é 2) ___

Lembre que, caso você tenha realizado mais de uma cesariana, você está respondendo perguntas sobre apenas uma delas, conforme as orientações anteriores.

V07. Quantas crianças nasceram nesta cesariana? (Por exemplo, se foram gêmeos, a resposta para esta pergunta é 2) ___

V08. A sua cesariana foi um procedimento eletivo (ou seja, foi escolha sua) ou foi exigência médica devido a alguma situação de risco de saúde ou emergência?
(1) Eletiva
(0) Exigência médica
(9) Não sei

V09. Você teve alguma infecção no local da cicatriz?
(0) Não
(1) Sim
(9) Não sei

V10. Além de infecções, você teve algum problema no local da cicatriz (por exemplo, dor ou coceira por mais tempo do que o normal)?
(0) Não →*VÁ PARA A PERGUNTA V12*
(1) Sim
(9) Não sei

V11. Por favor, diga em poucas palavras quais problemas você teve _____

V12. Quanto tempo, aproximadamente, demorou para esta cesariana ficar completamente cicatrizada? ___ semanas

BLOCO W - SAÚDE MENTAL

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O ÚLTIMO MÊS. GOSTARIA QUE VOCÊ ME RESPONDESSE SIM OU NÃO.

No último mês, você:

W01. Teve dores de cabeça frequentes?	(0) Não (1) Sim
W02. Teve falta de apetite?	(0) Não (1) Sim
W03. Dormiu mal?	(0) Não (1) Sim
W04. Tem se assustado com facilidade?	(0) Não (1) Sim

W05. Teve tremores nas mãos?	(0) Não (1) Sim
W06. Tem se sentido nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	(0) Não (1) Sim
W07. Teve má digestão?	(0) Não (1) Sim
W08. Sentiu que as suas ideias ficam embaralhadas de vez em quando?	(0) Não (1) Sim
W09. Tem se sentido triste ultimamente?	(0) Não (1) Sim
W10. Chorou mais do que de costume?	(0) Não (1) Sim
W11. Conseguiu sentir algum prazer nas suas atividades diárias?	(0) Não (1) Sim
W12. Teve dificuldade de tomar decisões?	(0) Não (1) Sim
W13. Achou que seu trabalho diário é penoso e causa sofrimento?	(0) Não (1) Sim
W14. Achou que tinha um papel útil na vida?	(0) Não (1) Sim
W15. Perdeu o interesse pelas coisas?	(0) Não (1) Sim
W16. Se sentiu uma pessoa sem valor?	(0) Não (1) Sim
W17. Alguma vez pensou em acabar com a sua vida?	(0) Não (1) Sim
W18. Se sentiu cansado(a) o tempo todo?	(0) Não (1) Sim
W19. Sentiu alguma coisa desagradável no estômago?	(0) Não (1) Sim
W20. Cansou com facilidade?	(0) Não (1) Sim

BLOCO X - LIMITAÇÕES

X01. Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em ficar de pé por longos períodos, como 30 minutos?

(0) Nenhuma

(1) Leve

(2) Moderada

(3) Grave

(4) Extrema ou não consigo fazer

X02. Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em cuidar das suas responsabilidades domésticas?

(0) Nenhuma

(1) Leve

(2) Moderada

(3) Grave

(4) Extrema ou não consigo fazer

X03. No último mês, quanta dificuldade você teve em aprender uma nova tarefa, por exemplo, aprender o caminho para um lugar desconhecido?

(0) Nenhuma

(1) Leve

(2) Moderada

(3) Grave

(4) Extrema ou não consigo fazer

X04. No último mês, quanta dificuldade você teve em participar em atividades na comunidade (como por exemplo, festivais, religiosas ou outras) da mesma forma que qualquer outra pessoa?

(0) Nenhuma

(1) Leve

(2) Moderada

(3) Grave

(4) Extrema ou não consigo fazer

X05. Nos últimos 30 dias, quanto você tem sido emocionalmente afetado(a) pela sua condição de saúde?

(0) Nenhuma

(1) Leve

(2) Moderada

(3) Grave

(4) Extrema ou não consigo fazer

X06. Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em se concentrar para fazer algo durante dez minutos?

(0) Nenhuma

(1) Leve

(2) Moderada

(3) Grave

(4) Extrema ou não consigo fazer

X07. No último mês, quanta dificuldade você teve em andar uma distância longa como um quilômetro (ou equivalente)?

(0) Nenhuma

(1) Leve

(2) Moderada

(3) Grave

(4) Extrema ou não consigo fazer

X08. No último mês, quanta dificuldade você teve em lavar todo o seu corpo?

(0) Nenhuma

(1) Leve

(2) Moderada

(3) Grave

(4) Extrema ou não consigo fazer

X09. Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em se vestir?

(0) Nenhuma

(1) Leve

(2) Moderada

(3) Grave

(4) Extrema ou não consigo fazer

X10. Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em lidar com pessoas que você não conhece?

(0) Nenhuma

(1) Leve

(2) Moderada

(3) Grave

(4) Extrema ou não consigo fazer

X11. No último mês, quanta dificuldade você teve em manter uma amizade?

(0) Nenhuma

(1) Leve

(2) Moderada

(3) Grave

(4) Extrema ou não consigo fazer

X12. No último mês, quanta dificuldade você teve no seu trabalho/escola do dia-a-dia?

(0) Nenhuma

(1) Leve

(2) Moderada

(3) Grave

(4) Extrema ou não consigo fazer

BLOCO Y - PHQ

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos problemas abaixo

Y01. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?

(0) Nenhuma vez

(1) Vários dias

(2) Mais da metade dos dias

(3) Quase todos os dias

Y02. Se sentir "para baixo", deprimido(a) ou sem perspectiva?

(0) Nenhuma vez

(1) Vários dias

(2) Mais da metade dos dias

(3) Quase todos os dias

Y03. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume?

(0) Nenhuma vez

(1) Vários dias

(2) Mais da metade dos dias

(3) Quase todos os dias

Y04. Se sentir cansado(a) ou com pouca energia?

(0) Nenhuma vez

(1) Vários dias

(2) Mais da metade dos dias

(3) Quase todos os dias

Y05. Falta de apetite ou comendo demais?

(0) Nenhuma vez

(1) Vários dias

(2) Mais da metade dos dias

(3) Quase todos os dias

Y06. Se sentir mal consigo mesmo(a), ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo(a)?

(0) Nenhuma vez

(1) Vários dias

(2) Mais da metade dos dias

(3) Quase todos os dias

Y07. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão?

(0) Nenhuma vez

(1) Vários dias

(2) Mais da metade dos dias

(3) Quase todos os dias

Y08. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado(a) ou irrequieto(a) que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume?

(0) Nenhuma vez

(1) Vários dias

(2) Mais da metade dos dias

(3) Quase todos os dias

Y09. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?

(0) Nenhuma vez

(1) Vários dias

(2) Mais da metade dos dias

(3) Quase todos os dias

Y10. Indique o grau de dificuldade que esses problemas lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

(0) Nenhuma dificuldade

(1) Alguma dificuldade

(2) Muita dificuldade

(3) Extrema dificuldade

BLOCO Z - ANSIEDADE

AGORA, LEIA AS SEGUINTES PERGUNTAS E RESPONDA O QUANTO CADA UMA DAS SITUAÇÕES ACONTECE COM VOCÊ. DURANTE AS ÚLTIMAS 2 SEMANAS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ FOI INCOMODADO(A) COM ALGUM DOS PROBLEMAS ABAIXO

Z01. Sentir-se nervoso(a), ansioso(a) ou muito tenso(a)

(0) Nenhuma vez

(1) Vários dias

(2) Mais da metade dos dias

(3) Quase todos os dias

Z02. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações

(0) Nenhuma vez

(1) Vários dias

(2) Mais da metade dos dias

(3) Quase todos os dias

Z03. Preocupar-se muito com diversas coisas

(0) Nenhuma vez

(1) Vários dias

(2) Mais da metade dos dias

(3) Quase todos os dias

Z04. Dificuldade para relaxar

(0) Nenhuma vez

(1) Vários dias

(2) Mais da metade dos dias

(3) Quase todos os dias

Z05. Ficar tão agitado(a) que se torna difícil permanecer sentado(a)

(0) Nenhuma vez

(1) Vários dias

(2) Mais da metade dos dias

(3) Quase todos os dias

Z06. Ficar facilmente aborrecido(a) ou irritado(a)

(0) Nenhuma vez

(1) Vários dias

(2) Mais da metade dos dias

(3) Quase todos os dias

Z07. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer

(0) Nenhuma vez

(1) Vários dias

(2) Mais da metade dos dias

(3) Quase todos os dias

BLOCO I - DSM

DURANTE AS ÚLTIMAS 2 SEMANAS, O QUANTO (OU COM QUE FREQUÊNCIA) VOCÊ FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTES PROBLEMAS

I01. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I02. Sentiu-se desanimado(a) deprimido(a) ou sem esperança?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I03. Sentiu-se mais irritado, mal-humorado ou zangado do que o usual?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I04. Dormiu menos do que o usual. Mas ainda tem muita energia?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I05. Iniciou muito mais projetos do que o usual ou fez coisas mais arriscadas do que o habitual?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I06. Sentiu-se nervoso, ansioso, assustado, preocupado ou tenso?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I07. Sentiu pânico ou se sentiu amedrontado?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I08. Evitou situações que o deixam ansioso?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I09. Dores e sofrimentos sem explicação, por exemplo dor de cabeça, costas, articulações, abdome ou pernas?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I10. Sentimento de que suas doenças não estão sendo levadas suficientemente a sério?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I11. Pensamentos de ferir a si mesmo?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I12. Ouviu coisas que outras pessoas não ouviam, como vozes, mesmo quando não havia ninguém por perto?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I13. Sentiu que alguém podia ouvir seus pensamentos ou que você podia ouvir o que outra pessoa estava pensando?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I14. Problemas com o sono que afetaram a qualidade do seu sono em geral?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I15. Problemas com a memória, por exemplo aprender informações novas, ou com localização, por exemplo encontrar o caminho para casa?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I16. Pensamentos, impulsos ou imagens desagradáveis que entram repetidamente na sua cabeça?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I17. Sentiu-se compelido(a) a realizar certos comportamentos ou atos mentais repetidamente?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I18. Sentiu-se desligado(a) ou distante de si mesmo(a), do seu corpo, do ambiente físico ao seu redor ou de suas lembranças?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I19. Sem saber quem você realmente é ou o que você quer da vida?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I20. Não se sentiu próximo(a) a outras pessoas ou desfrutou das suas relações com elas?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I21. Bebeu no mínimo 4 drinques de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I22. Fumou cigarros, charuto ou cachimbo ou usou rapé ou tabaco de mascar?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

I23. Usou algum dos seguintes medicamentos POR CONTA PRÓPRIA, isto é, sem prescrição médica, em quantidades maiores ou por mais tempo do que o prescrito, por exemplo analgésicos (como paracetamol, codeína), estimulantes (como metilfenidato ou anfetaminas), sedativos ou tranquilizantes (como comprimidos para dormir ou diazepam), ou drogas, como maconha, cocaína ou crack, drogas sintéticas (como ecstasy), alucinógenos (como LSD), heroína, inalantes ou solventes (como cola) ou metanfetamina (ou outros estimulantes)?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

BLOCO II - SAÚDE BUCAL

II01. Costuma escovar os dentes com pasta de dentes?
(0) Não
(1) Sim, às vezes
(2) 1x ao dia todos os dias
(3) 2x ao dia todos os dias
(4) 3x ou mais ao dia todos os dias

II02. Que tipo de água você bebe geralmente?
(1) Água direto da torneira
(2) Água da torneira filtrada ou do filtro
(3) Água mineral
(4) Água de poço
(5) Outra

SE OUTRA
II02.1. Qual? _____

II03. Desde os últimos 6 meses, você sentiu dor de dente?
(0) Não
(1) Sim

II04. Você teve sensação de boca seca nos últimos 6 meses?
(0) Não, nunca
(1) Quase nunca
(2) Às vezes
(3) Quase sempre
(4) Sempre

II05. Você acha que tem mau hálito?
(0) Não
(1) Sim

II06. Comparado com as pessoas da tua idade, como você considera a saúde de seus dentes, sua boca e sua gengiva?
(1) Muito Boa
(2) Boa
(3) Regular
(4) Ruim
(5) Muito Ruim

II07. Já percebeu ou alguém notou que você range/encosta os dentes ou aperta os maxilares durante o dia?
(0) Não
(1) Sim
(9) Não sei

II08. Já percebeu ou alguém notou que você range/encosta os dentes ou aperta os maxilares durante a noite?
(0) Não
(1) Sim
(9) Não sei

II09. Quando foi a última vez que você consultou com o(a) dentista?
(0) Nunca fui →*VÁ PARA O PRÓXIMO BLOCO (III)*
(1) Menos de um ano
(2) Mais de um ano
(9) Não lembro

II10. Qual foi o motivo da última consulta?
(1) Revisão/check-up/rotina
(2) Dor
(3) Dente quebrado
(4) Problema nos dentes ou na gengiva
(5) Estética
(6) Outro

BLOCO III - SONO

Agora vamos falar sobre o seu sono. Faremos perguntas sobre o seu comportamento de sono no último mês. Perguntaremos sobre os dias que você trabalha/estuda e nos dias que não trabalha/estuda, como finais de semana. Responde de acordo com a sua percepção de uma semana que contenha seus hábitos normais, dias com e sem trabalho/aula.

III01. Que horas você costuma ir para a cama? _____

III02. Depois de deitar, geralmente quanto tempo você leva para dormir?
__ __ minutos

III03. Você costuma acordar no meio da noite?
(0) Não
(1) Sim

III04. Você tem dificuldade para voltar a dormir quando acorda no meio da noite?
(0) Não
(1) Sim

III05. Que horas você costuma acordar? _____

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALGUNS HÁBITOS RELACIONADOS AO SEU SONO

III06. Faço sestas (cochilo) duas ou mais horas durante o dia
(1) Nunca
(2) Raramente
(3) Às vezes
(4) Frequentemente
(5) Sempre

III07. Vou para a cama em horas diferentes
(1) Nunca
(2) Raramente
(3) Às vezes
(4) Frequentemente
(5) Sempre

III08. Levanto-me da cama em horas diferentes
(1) Nunca
(2) Raramente
(3) Às vezes
(4) Frequentemente
(5) Sempre

III09. Faço exercícios físicos moderados/vigorosos, uma hora antes de ir para a cama
(1) Nunca
(2) Raramente
(3) Às vezes
(4) Frequentemente
(5) Sempre

III10. Duas ou três vezes por semana fico mais tempo na cama do que deveria
(1) Nunca
(2) Raramente
(3) Às vezes
(4) Frequentemente
(5) Sempre

III11. Utilizo álcool, cigarro, café, chimarrão ou outra bebida estimulante nas quatro horas antes ou depois de ir para a cama
(1) Nunca
(2) Raramente
(3) Às vezes
(4) Frequentemente
(5) Sempre

III12. Antes da hora de deitar faço alguma coisa que pode me despertar (jogar vídeo game, celular, internet ou televisão)
(1) Nunca
(2) Raramente
(3) Às vezes
(4) Frequentemente
(5) Sempre

BLOCO IV - SENSO DE COERÊNCIA

Agora lhe farei algumas perguntas sobre vários aspectos da sua vida. Cada pergunta tem sete opções de resposta, sendo os números 1 e 7 as respostas extremas. Responda qual das respostas indica melhor a sua maneira de pensar e sentir em relação ao que está sendo falado. Dê apenas uma resposta em cada pergunta.

IV01. Você tem a sensação de que não se importa com o que acontece ao seu redor?

Muito raramente ou nunca 1	2	3	4	5	6	Muito frequentemente 7

IV02. Já aconteceu de você ficar surpreso com o comportamento de pessoas que pensava que conhecia bem?

Nunca aconteceu 1	2	3	4	5	6	Sempre aconteceu 7

IV03. Já aconteceu de você ter ficado desapontado com pessoas em que confiava?

Nunca aconteceu 1	2	3	4	5	6	Sempre aconteceu 7

IV04. Até o momento, a sua vida tem sido:

Sem sentido ou propósito claro 1	2	3	4	5	6	Com sentido e propósitos claros 7

IV05. Você tem a sensação de estar sendo tratado de forma injusta?

Muito frequentemente 1	2	3	4	5	6	Muito raramente ou nunca 7

IV06. Quando você está em uma situação desconhecida, você não sabe o que fazer?

Muito frequentemente 1	2	3	4	5	6	Muito raramente ou nunca 7

IV07. Aquilo que você faz diariamente é:

Fonte de grande prazer e satisfação 1	2	3	4	5	6	Fonte de frustração e tédio 7

IV08. Você sente que tem ideias e sentimentos muito confusos?

Muito frequentemente 1	2	3	4	5	6	Muito raramente ou nunca 7

IV09. Você tem sentimentos que não gosta ou que preferiria não ter?

Muito frequentemente 1	2	3	4	5	6	Muito raramente ou nunca 7

IV10. Muitas pessoas, mesmo aquelas que são confiantes e bem-sucedidas, em algumas situações se sentem como fracassadas. Com que frequência você se sentiu assim no passado?

Nunca 1	2	3	4	5	6	Muito frequentemente 7

IV11. Quando alguma coisa acontece com você, geralmente acaba achando que:

Você deu maior ou menor importância ao que aconteceu do que deveria ter dado 1	2	3	4	5	6	Você avaliou corretamente a importância do que aconteceu 7

IV12. Com que frequência você sente que as coisas que faz no dia a dia tem pouco sentido?

Muito frequentemente 1	2	3	4	5	6	Muito raramente ou nunca 7

IV13. Às vezes as pessoas têm sentimentos fortes que não conseguem controlar; com que frequência você tem tais sentimentos?

Muito frequentemente 1	2	3	4	5	6	Muito raramente ou nunca 7