



Informações para futuros contatos			
É possível que um supervisor lhe telefone ou visite novamente para fazer uma checagem de entrevista ou pegar informações adicionais no futuro. Por isso, eu gostaria de anotar seu nome, telefones e endereço de contato.			
P12	Qual é seu nome?	_____	
P13	Qual é o seu endereço?	Rua	_____
		Cidade	_____
		CEP	_____
P14	Poderia me informar seus telefones de contato?	<input type="checkbox"/> Não tem telefone	
P15	Se nós não pudermos entrar em contato consigo por qualquer razão, poderia nos dizer com quem nós poderíamos entrar em contato, que saberia como encontrá-lo(a)?	1. Sim	2. Não
P16	Poderia me informar o nome, o endereço e os telefones de contato dessa pessoa?	Nome	_____
		Endereço	_____
		Telefones	<input type="checkbox"/> Não tem telefone
P17	Qual a relação dessa pessoa consigo?	_____	
P18	Quem é o responsável por esse domicílio?	_____	

**Se 2: Ir para P18**

## Lista de Moradores do Domicílio

HOMENS							
Questão	ID	A	B	C	D	E	F
		Nome	Idade	Situação Conjugal	Pessoa elegível	Número da pessoa elegível	Selecionado
M1	h01						
M2	h02						
M3	h03						
M4	h04						
M5	h05						
M6	h06						
M7	h07						
M8	h08						
M9	h09						
M10	h10						
MULHERES							
M11	m01						
M12	m02						
M13	m03						
M14	m04						
M15	m05						
M16	m06						
M17	m07						
M18	m08						
M19	m09						
M20	m10						

Instruções para preenchimento das colunas:						
A	Preencher com o primeiro e o último nome do(a) morador(a), em ordem decrescente de idade, isto é, <b>do(a) mais idoso(a) para o(a) mais novo(a)</b> .					
B	Preencher com a idade em anos. Caso seja criança menor de 1 ano, preencha com zero.					
C	1. Nunca foi casado(a)	2. Atualmente casado(a)	3. Vive com companheiro(a)	4. Separado(a)	5. Divorciado(a)	6. Viúvo(a)
D	Marque com "X" todos os moradores elegíveis para a pesquisa, isto é, moradores com 18 anos ou mais. <i>[Não inclua empregado(a) doméstico(a).]</i>					
E	Enumere, mantendo a mesma ordem da lista de moradores, todos os moradores elegíveis.					
F	Verifique na Folha de Informações sobre Setores (FIS) qual o adulto a ser entrevistado e marque com "X".					

## Lista de Moradores do Domicílio

M21	Há algum membro da família que tenha morado neste domicílio e que atualmente não more mais porque é <b>residente permanente de uma casa de repouso, asilo ou instituição de longa permanência (ILPI)</b> ?	1. Sim	2. Não	<b>Se 2: Ir para M26</b>
-----	--	--------	--------	--------------------------

Por favor, liste essas pessoas.

Questão	A	B	C	D	E
	Nome	Idade	Sexo	Tipo de instituição	Há quanto tempo é residente da instituição?
M22					___ meses ___ anos
M23					___ meses ___ anos
M24					___ meses ___ anos
M25					___ meses ___ anos

### Instruções para preenchimento das colunas:

A	Preencher com o primeiro e o último nome das pessoas que são residentes em asilos ou ILPI.	
B	Preencher com a idade em anos.	
C	1. Masculino	2. Feminino
D	1. Pública	2. Privada
E	Preencher com o tempo que a pessoa reside na instituição.	

<b>M26</b>	Há algum membro da família que more ou tenha morado neste domicílio e que está internado em um estabelecimento de saúde por 6 meses ou mais?	1. Sim	2. Não	<b>Se 2: Ir para M31</b>
------------	--	--------	--------	--------------------------

Por favor, liste essas pessoas.

Questão	A	B	C	D	E
	Nome	Idade	Sexo	Tipo de estabelecimento	Há quanto tempo ____ está internado(a)?
<b>M27</b>					____ meses ____ anos
<b>M28</b>					____ meses ____ anos
<b>M29</b>					____ meses ____ anos
<b>M30</b>					____ meses ____ anos

<b>Instruções para preenchimento das colunas:</b>	
<b>A</b>	Preencher com o primeiro e o último nome das pessoas que estão internadas há 6 meses ou mais
<b>B</b>	Preencher com a idade em anos.
<b>C</b>	1. Masculino
<b>D</b>	1. Público
<b>E</b>	Preencher com o tempo que a pessoa está internada.

## Relação de Parentesco entre os Moradores

HOMENS						
Questão	ID	A	B	C	D	E
		Nome	Relação do morador do domicílio com o entrevistado	ID do cônjuge ou companheiro(a)	ID da mãe	ID do pai
M31	h01					
M32	h02					
M33	h03					
M34	h04					
M35	h05					
M36	h06					
M37	h07					
M38	h08					
M39	h09					
M40	h10					
MULHERES						
M41	m01					
M42	m02					
M43	m03					
M44	m04					
M45	m05					
M46	m06					
M47	m07					
M48	m08					
M49	m09					
M50	m10					

### Instruções para preenchimento das colunas:

<b>A</b>	Copiar da lista de moradores, na mesma ordem, o primeiro e último nome do(a) morador(a).				
<b>B</b>	1. O próprio(a)	2. Cônjuge	3. Companheiro(a)	4. Filho(a)	5. Genro ou nora
	6. Neto(a)	7. Pai/mãe	8. Sogro(a)	9. Irmão(ã)	10. Primo(a)
	11. Enteado(a)	12. Avô/avó	13. Outro parente	14. Não é parente	15. Empregado(a) doméstico(a)
<b>C</b>	Se o cônjuge ou companheiro(a) mora no domicílio, marque o ID do cônjuge ou companheiro(a). Caso contrário, marque zero.				
<b>D</b>	Se mãe mora no domicílio, marque o ID da mãe. Caso contrário, marque zero.				
<b>E</b>	Se o pai mora no domicílio, marque o ID do pai. Caso contrário, marque zero.				

**Situação Socioeconômica** [As questões do bloco Situação Socioeconômica M51 a M90 devem ser preenchidas para todos os moradores do domicílio com 6 anos ou mais, exceto para o morador selecionado para a entrevista individual]

HOMENS							
Questão	ID	A		B		C	D
		Nome		Grau de Instrução		Situação de trabalho	Razão de não estar trabalhando
M51	h01						
M52	h02						
M53	h03						
M54	h04						
M55	h05						
M56	h06						
M57	h07						
M58	h08						
M59	h09						
M60	h10						
MULHERES							
M61	m01						
M62	m02						
M63	m03						
M64	m04						
M65	m05						
M66	m06						
M67	m07						
M68	m08						
M69	m09						
M70	m10						
Instruções para preenchimento das colunas:							
<b>A</b>	Copiar da lista de moradores, na mesma ordem, o primeiro e último nome do(a) morador(a).						
<b>B</b>	1. Analfabeto(a) ou menos de um ano de instrução	2. Elementar incompleto	3. Elementar completo e fundamental incompleto	4. Fundamental completo e ensino médio incompleto	5. Ensino médio completo e superior incompleto	6. Superior completo e mais	888. Não sabe
<b>C</b>	1. Servidor(a) público(a)	2. Empregado(a) assalariado(a) com carteira de trabalho		3. Empregado(a) assalariado(a) sem carteira de trabalho	4. Empregado(a) familiar não remunerado(a)	5. Conta própria ou autônomo(a) com estabelecimento	
	6. Conta própria ou autônomo(a) sem estabelecimento	7. Empregador(a) com até 5 funcionários fixos		8. Empregador(a) com 5 ou mais funcionários fixos	9. Não trabalha atualmente	<b>Se diferente de 9, ir para a próxima pessoa.</b>	
<b>D</b>	1. Dona de casa/se dedica aos afazeres domésticos	2. Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho (desempregado)		3. Estudos/treinamento	4. Aposentado(a) por tempo de trabalho/idade		5. Aposentado(a) por doença/invalidez
	6. Afastado(a) por doença	7. Afastado(a) por outro motivo		8. Outra razão			

## Rendimentos (Homens)

		HOMENS									
O(a) sr(a) pode me dizer o rendimento mensal por fonte de rendimento?		M71	M72	M73	M74	M75	M76	M77	M78	M79	M80
		h01	h02	h03	h04	h05	h06	h07	h08	h09	h10
A	Nome										
B	Recusou										
C	Trabalho (R\$)										
D	Seguro desemprego (R\$)										
E	Aposentadoria (R\$)										
F	Pensão (R\$)										
G	Renda Mensal Vitalícia (R\$)										
H	Venda de produtos (R\$)										
I	Aluguel (R\$)										
J	Doação de não-morador do domicílio (R\$)										
K	Doação de igrejas/ONG/instituições filantrópicas (R\$)										
L	Rendimentos de aplicações ou cadernetas de poupança (R\$)										
M	Bolsa Família (R\$)										
N	Benefício de Prestação Continuada - BPC (R\$)										
O	Cartão alimentação (R\$)										
P	Outra fonte (R\$)										
Q	Não tem rendimento										

### Instruções para preenchimento das linhas:

A	Copiar da lista de moradores, na mesma ordem, o primeiro e último nome do morador.
B	Marque com "X" caso o(a) entrevistado(a) tenha se recusado a dar informações sobre o rendimento do determinado morador.
C a P	Para cada fonte de rendimento, preencha com o valor em reais (R\$) do rendimento mensal informado e com "0" quando não tiver rendimento no item.
Q	Marque com "X" caso o morador não tenha rendimento.



## Rendimentos (Mulheres)

MULHERES											
O(a) sr(a) pode me dizer o rendimento mensal por fonte de rendimento?		M81	M82	M83	M84	M85	M86	M87	M88	M89	M90
		m01	m02	m03	m04	m05	m06	m07	m08	m09	m10
A	Nome										
B	Recusou										
C	Trabalho (R\$)										
D	Seguro desemprego (R\$)										
E	Aposentadoria (R\$)										
F	Pensão (R\$)										
G	Renda Mensal Vitalícia (R\$)										
H	Venda de produtos (R\$)										
I	Aluguel (R\$)										
J	Doação de não-morador do domicílio (R\$)										
K	Doação de igrejas/ONG/ instituições filantrópicas (R\$)										
L	Rendimentos de aplicações ou cadernetas de poupança (R\$)										
M	Bolsa Família (R\$)										
N	Benefício de Prestação Continuada - BPC (R\$)										
O	Cartão alimentação (R\$)										
P	Outra fonte (R\$)										
Q	Não tem rendimento										

### Instruções para preenchimento das linhas:

A	Copiar da lista de moradores, na mesma ordem, o primeiro e último nome do morador.
B	Marque com “X” caso o(a) entrevistado(a) tenha se recusado a dar informações sobre o rendimento do determinado morador.
C a P	Para cada fonte de rendimento, preencha com o valor em reais (R\$) do rendimento mensal informado e com “0” quando não tiver rendimento no item.
Q	Marque com “X” caso o morador não tenha rendimento.

## Informações do Domicílio

Agora vou lhe fazer perguntas sobre o seu domicílio.

<b>M91</b>	Qual o número de cômodos no seu domicílio? <i>(São considerados cômodos os quartos e salas do seu domicílio)</i>	_____	
<b>M92</b>	E de banheiros?	_____	<b>0.</b> Nenhum
<b>M93</b>	Qual o material que predomina na construção das paredes externas do seu domicílio?	<b>1.</b> Alvenaria	
		<b>2.</b> Madeira aparelhada	
		<b>3.</b> Taipa não revestida ou barro	
		<b>4.</b> Madeira aproveitada	
		<b>5.</b> Palha	
		<b>6.</b> Outro <i>(especifique)</i> : _____	
<b>M94</b>	Este domicílio tem água canalizada para pelo menos um cômodo?	<b>1.</b> Sim	<b>2.</b> Não
<b>M95</b>	Qual é a principal forma de abastecimento de água deste domicílio?	<b>1.</b> Rede geral de distribuição	
		<b>2.</b> Poço ou nascente	
		<b>3.</b> Outro <i>(especifique)</i> : _____	
<b>M96</b>	Qual é a forma de iluminação deste domicílio?	<b>1.</b> Elétrica (de rede, gerador, solar)	
		<b>2.</b> Óleo, querosene ou gás de botijão	
		<b>3.</b> Outra forma <i>(especifique)</i> : _____	
<b>M97</b>	Qual o destino do lixo do seu domicílio?	<b>1.</b> É coletado regularmente	
		<b>2.</b> É queimado ou enterrado	
		<b>3.</b> Jogado no rio, mar, terreno, etc.	
		<b>4.</b> Outro <i>(especifique)</i> : _____	
<b>M98</b>	De que forma é feito o escoadouro dos banheiros ou sanitários?	<b>1.</b> Rede coletora de esgoto ou pluvial	
		<b>2.</b> Fossa séptica ligada à rede coletora de esgoto ou pluvial	
		<b>3.</b> Fossa séptica não ligada à rede coletora de esgoto ou pluvial	
		<b>4.</b> Fossa rudimentar	
		<b>5.</b> Vala	
		<b>6.</b> Direto para rio, lago ou mar	
		<b>7.</b> Outra <i>(especifique)</i> : _____	

**Por favor, indique quais destes bens existem no seu domicílio:**

<b>M99</b>	Televisão a cores?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
<b>M100</b>	Geladeira?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
<b>M101</b>	Freezer? ( <i>independente ou segunda porta da geladeira</i> )	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
<b>M102</b>	Rádio? ( <i>sem contar o do carro</i> )	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
<b>M103</b>	Vídeo/DVD?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
<b>M104</b>	Máquina de lavar roupa?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
<b>M105</b>	Linha de telefone fixo?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
<b>M106</b>	Linha de telefone celular?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
<b>M107</b>	Computador?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
<b>M108</b>	Forno micro-ondas?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
<b>M109</b>	Carro?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
<b>M110</b>	Motocicleta?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
<b>M111</b>	Em sua casa, trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a) mensalista?	1. Sim, _____ empregados(as)	2. Não

## Características Contextuais (Vizinhança)

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre como é a sua vizinhança. Entendemos como vizinhança uma área próxima à sua casa onde o(a) sr(a) faz tarefas rotineiras, tais como compras, leva às crianças ao parque ou visita vizinhos.

M112	<b>Em relação às condições de moradia:</b>		
	a. Há muito lixo ou entulho nas ruas da sua vizinhança?	1. Sim	2. Não
	b. Há muito barulho na sua vizinhança?	1. Sim	2. Não
	c. Há alguma área de lazer, para praticar esportes ou fazer caminhada na sua vizinhança?	1. Sim	2. Não
	d. Há algum local na sua vizinhança para se comprar frutas e legumes?	1. Sim	2. Não
	e. O(a) sr(a) se sente seguro(a) caminhando na sua vizinhança, de dia e de noite?	1. Sim	2. Não

M113	<b>Em relação à violência, durante os últimos seis meses, com que frequência aconteceu:</b>				
	a. Uma briga na sua vizinhança na qual uma arma tenha sido usada?	1. Frequentemente	2. Às vezes	3. Raramente	4. Nunca
	b. Uma briga entre gangues(bandos de malfeitores, bandidos) na sua vizinhança?	1. Frequentemente	2. Às vezes	3. Raramente	4. Nunca
	c. Uma agressão sexual ou estupro na sua vizinhança?	1. Frequentemente	2. Às vezes	3. Raramente	4. Nunca
	d. Um roubo ou furto na sua vizinhança?	1. Frequentemente	2. Às vezes	3. Raramente	4. Nunca

## Características de Saúde dos Moradores do Domicílio

Nesta parte do questionário domiciliar, irei lhe fazer perguntas sobre cobertura do programa de saúde da família, cobertura de plano de saúde, gastos do domicílio com saúde, estado de saúde dos moradores do domicílio e acesso e utilização dos serviços de saúde.

### Programa de Saúde da Família

<b>M114</b>	O seu domicílio está cadastrado (registrado) na unidade de saúde da família?	1. Sim	2. Não	3. Não sei	<b>Se 2: Ir para M117</b>
<b>M115</b>	Com que frequência o seu domicílio recebe uma visita de algum agente comunitário ou profissional de saúde?	1. Mensalmente			<b>Se 5 ou 6: Ir M117</b>
		2. A cada dois meses			
		3. Duas a quatro vezes por ano			
		4. Uma vez por ano			
		5. O domicilio foi cadastrado há menos de 2 meses.			
6. Nunca recebeu					
<b>M116</b>	Nos últimos 12 meses, nas visitas domiciliares, os profissionais da Equipe de Saúde da Família:				
	<b>a.</b> Fizeram perguntas sobre problemas de saúde dos moradores?	1. Sim	2. Não		
	<b>b.</b> Deram orientações para os adultos sobre comportamentos saudáveis (como não fumar, controlar o peso, comer frutas e vegetais, não beber excessivamente)?	1. Sim	2. Não		
	<b>c.</b> Deram orientações sobre como cuidar dos dentes e gengivas?	1. Sim	2. Não		
	<b>d.</b> Deram orientações sobre cuidados de saúde infantil (como soro caseiro em caso de desidratação infantil, aleitamento materno, suplementação alimentar, etc.)?	1. Sim	2. Não	999. NSA (*)	
	<b>e.</b> Fizeram acompanhamento do desenvolvimento das crianças do domicílio (medidas de peso e altura)?	1. Sim	2. Não	999. NSA (*)	
<b>f.</b> Verificaram o cartão de vacinação das crianças do domicílio?	1. Sim	2. Não	999. NSA (*)		

(\*) Não há crianças menores de 2 anos no domicílio

### Controle de Endemias

<b>M117</b>	Nos últimos 12 meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum agente de endemias ( <i>agente de combate às endemias, como dengue</i> )?	1. Mensalmente		
		2. A cada dois meses		
		3. Duas a quatro vezes por ano		
		4. Uma vez por ano		
		5. Nunca recebeu		

## Cobertura de Plano de Saúde

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre plano ou seguro de saúde. Quando falamos que uma pessoa está coberta com plano de saúde significa que esta pessoa está filiada a uma organização que cobre seus gastos com assistência de saúde, caso ela fique doente ou sofra algum acidente.

HOMENS							
Questão	ID	A	B	C	D	E	F
		Nome	Esta pessoa está coberta por algum plano de saúde?	Esta pessoa é titular ou dependente do plano de saúde?	Quem é o titular do plano de saúde desta pessoa?	Como é o pagamento do plano de saúde do titular?	Gasto mensal do titular com o plano de saúde (R\$)
<i>[Somente para o titular]</i>							
M118	h01						
M119	h02						
M120	h03						
M121	h04						
M122	h05						
M123	h06						
M124	h07						
M125	h08						
M126	h09						
M127	h10						
MULHERES							
M128	m01						
M129	m02						
M130	m03						
M131	m04						
M132	m05						
M133	m06						
M134	m07						
M135	m08						
M136	m09						
M137	m10						
Instruções para preenchimento das colunas:							
A	Copiar da lista de moradores, na mesma ordem, o primeiro e último nome do(a) morador(a).						
B	1. Sim, plano obrigatório de servidor municipal, estadual, das forças armadas		2. Sim, plano de saúde privado		3. Não		<b>Se 3: Ir para a próxima pessoa</b>
C	1. Titular		2. Dependente				
D	Preencher com o ID do morador que é o titular do plano de saúde.		999. O titular não mora no domicílio				
E*	1. Pago integralmente pelo empregador		2. Pago parcialmente pelo empregador, parte pelo titular, incluindo desconto em folha		3. Pago pelo titular, incluindo desconto em folha		4. Pago por outra pessoa
F	Preencher com o valor desembolsado por mês para pagar o plano de saúde.		888. Não sabe				

*[\*No caso de plano de saúde obrigatório, coluna E deve ser preenchida com 1]*

## Gastos com Saúde

Agora vou lhe fazer perguntas sobre como foram pagas as despesas de saúde dos moradores do domicílio no último ano.

M138	Nos últimos 12 meses, quais das seguintes fontes de recurso foram utilizadas para pagar as despesas com saúde dos moradores deste domicílio?		
	a. Renda atual de algum morador do domicílio	1. Sim	2. Não
	b. Economias (poupança, aplicações)	1. Sim	2. Não
	c. Venda de objetos ou bens	1. Sim	2. Não
	d. Empréstimos ou doações de familiares ou amigos que moram em outro domicílio	1. Sim	2. Não
	e. Empréstimos de instituições financeiras (bancos, financiadoras, etc.)	1. Sim	2. Não
	f. Plano de saúde	1. Sim	2. Não
	g. Outra ( <i>especifique</i> ): _____	1. Sim	2. Não

**Atenção:** A parte que se segue do questionário domiciliar deve ser preenchida para todos os moradores do domicílio, exceto para o morador selecionado para responder ao questionário individual.

### Utilização de Serviços de Saúde

Agora vou lhe fazer perguntas sobre o estado de saúde e utilização de serviços de saúde dos moradores do domicílio.

HOMENS						
Questão	ID	A	B	C	D	E
		Nome	Em geral, como é o estado de saúde de ____?	Nos últimos 15 dias, ___ deixou de ir ao trabalho ou de realizar as atividades habituais por motivo de saúde?	_____ costuma procurar o mesmo lugar, serviço de saúde ou médico quando precisa de assistência de saúde?	Onde costuma procurar atendimento?
M139	h01					
M140	h02					
M141	h03					
M142	h04					
M143	h05					
M144	h06					
M145	h07					
M146	h08					
M147	h09					
M148	h10					
MULHERES						
M149	m01					
M150	m02					
M151	m03					
M152	m04					
M153	m05					
M154	m06					
M155	m07					
M156	m08					
M157	m09					
M158	m10					
Instruções para preenchimento das colunas:						
A	Copiar da lista de moradores, na mesma ordem, o primeiro e último nome do(a) morador(a).					
B	1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	5. Muito ruim	
C	1. Sim	2. Não				
D	1. Sim	2. Não			Se 2: vá para a próxima pessoa	
E	1. Unidade de saúde pública (Posto ou centro de saúde ou PAM)	2. Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	3. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	4. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	5. Ambulatório de hospital público	
	6. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato	7. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado		8. Farmácia	9. Outro	



HOMENS						
Questão	ID	A	B	C	D	E
		Nome	Quando _____ consultou um médico pela última vez?	Quantas vezes _____ consultou o médico nos últimos 12 meses?	Quando _____ consultou um dentista pela última vez?	Nos últimos 15 dias, _____ procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua saúde, sem considerar internação hospitalar por 24 horas ou mais? ( <i>consulta médica, odontológica ou com outro profissional de saúde ou qualquer atendimento ambulatorial</i> ).
M159	h01			----- vezes		
M160	h02			----- vezes		
M161	h03			----- vezes		
M162	h04			----- vezes		
M163	h05			----- vezes		
M164	h06			----- vezes		
M165	h07			----- vezes		
M166	h08			----- vezes		
M167	h09			----- vezes		
M168	h10			----- vezes		
MULHERES						
M169	m01			----- vezes		
M170	m02			----- vezes		
M171	m03			----- vezes		
M172	m04			----- vezes		
M173	m05			----- vezes		
M174	m06			----- vezes		
M175	m07			----- vezes		
M176	m08			----- vezes		
M177	m09			----- vezes		
M178	m10			----- vezes		

**Instruções para preenchimento das colunas:**

<b>A</b>	Copiar da lista de moradores, na mesma ordem, o primeiro e último nome do(a) morador(a).					
<b>B</b>	1. Há menos de um ano	2. Entre 1 e menos de dois anos	3. Entre 2 e menos de 3 anos	4. 3 anos ou mais	5. Nunca consultou	<b>Se 2, 3, 4 ou 5: Ir para D</b>
<b>C</b>	Preencher com o número de vezes que a pessoa consultou um médico no último ano.					
<b>D</b>	1. Há menos de um ano	2. Entre 1 e menos de dois anos	3. Entre 2 e menos de 3 anos	4. 3 anos ou mais	5. Nunca consultou	
<b>E</b>	1. Sim		2. Não		<b>Se 2: Ir para próxima pessoa</b>	

**Atenção:** As colunas F a J da próxima tabela devem ser preenchidas apenas para os moradores do domicílio que responderam que procuraram atendimento ambulatorial nos últimos 15 dias, "1" na coluna E.

HOMENS								
Questão	ID	A	F	G	H	I	J	
		Nome	Qual destes motivos explica melhor porque _____ procurou atendimento relacionado à sua saúde na última vez?	_____ conseguiu ser atendido?	Onde _____ conseguiu atendimento?	O atendimento foi feito pelo SUS?	_____ pagou pelo atendimento?	
M179	h01							
M180	h02							
M181	h03							
M182	h04							
M183	h05							
M184	h06							
M185	h07							
M186	h08							
M187	h09							
M188	h10							
MULHERES								
M189	m01							
M190	m02							
M191	m03							
M192	m04							
M193	m05							
M194	m06							
M195	m07							
M196	m08							
M197	m09							
M198	m10							
Instruções para preenchimento das colunas:								
<b>A</b>	Copiar os nomes dos moradores que tiveram atendimento ambulatorial nos últimos 15 dias, isto é, responderam "1" na coluna E da tabela anterior.							
<b>F</b>	1. Doença /Problema saúde	2. Acidente ou lesão	3. Consulta odontológica	4. Continuação de tratamento, terapia, reabilitação		5. Pré-natal	6. Puericultura	
	7. Vacinação	8. Exames médicos periódicos	9. Exames laboratoriais ou exames complementares de diagnóstico	10. Outros atendimentos preventivos		11. Atestado de saúde	12. Outro	
<b>G</b>	1. Sim		2. Não		<b>Se 2: vá para a próxima pessoa</b>			
<b>H</b>	1. Unidade de saúde pública (Posto ou centro de saúde ou PAM)		2. Unidade de Pronto Atendimento (UPA)		3. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)		4. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	5. Ambulatório de hospital público
	6. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato			7. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado		8. Farmácia		9. Outro
<b>I</b>	1. Sim		2. Não					
<b>J</b>	1. Sim, diretamente sem reembolso	2. Sim, diretamente com reembolso total	3. Sim, diretamente com reembolso parcial	4. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS	5. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço	6. Não, porque o atendimento foi pago por instituição filantrópica, igreja, ou ONG		

HOMENS								
Questão	ID	A	B	C	D	E	F	G
		Nome	Nos últimos 12 meses, _____ precisou ser internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?	A internação foi de emergência?	Qual o principal motivo da última internação?	Quanto tempo _____ ficou internado(a) na última vez?	A internação foi feita pelo SUS?	_____ pagou pela internação?
M199	h01					----dias ----meses		
M200	h02					----dias ----meses		
M201	h03					----dias ----meses		
M202	h04					----dias ----meses		
M203	h05					----dias ----meses		
M204	h06					----dias ----meses		
M205	h07					----dias ----meses		
M206	h08					----dias ----meses		
M207	h09					----dias ----meses		
M208	h10					----dias ----meses		
MULHERES								
M209	m01					----dias ----meses		
M210	m02					----dias ----meses		
M211	m03					----dias ----meses		
M212	m04					----dias ----meses		
M213	m05					----dias ----meses		
M214	m06					----dias ----meses		
M215	m07					----dias ----meses		
M216	m08					----dias ----meses		
M217	m09					----dias ----meses		
M218	m10					----dias ----meses		
Instruções para preenchimento das colunas:								
A	Copiar da lista de moradores, na mesma ordem, o primeiro e último nome do(a) morador(a).							
B	1. Sim		2. Não			Se 2: Ir para a próxima pessoa.		
C	1. Sim		2. Não					
D	1. Tratamento clínico	2. Parto vaginal	3. Parto cesáreo		4. Cirurgia	5. Tratamento psiquiátrico		6. Exames 9. Outro
E	Preencher com o tempo que ficou internado.							
F	1. Sim		2. Não					
G	1. Sim, diretamente sem reembolso.		2. Sim, diretamente com reembolso total	3. Sim, diretamente com reembolso parcial	4. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS.	5. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço.		6. Não, porque o atendimento foi pago por instituição filantrópica, igreja, ONG.

Horário de Término \_\_\_ : \_\_\_