

ESTUDO SABE - SAUDE, BEM ESTAR E ENVELHECIMENTO

Numero do questionário:

Distrito: _____

Setor:

Segmento:

Domicilio:

Indivíduo

Endereço: (rua, ruela, numero externo e interno)

Nome completo do entrevistado: _____ Sexo: H M

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Data da entrevista Dia
 Mês

2006

Nome de referência: _____ Parentesco com idoso> _____

Telefones de contato: _____

Nome do entrevistador: _____

Resultado*

*** Códigos de Resultados:**

- | | |
|--|----------------------------------|
| 01 Entrevista completa | 06 Ausente temporário |
| 02 Entrevista completa com informante substituto | 07 Nunca encontrou a pessoa |
| 03 Entrevista completa com informante auxiliar | 08 Recusou-se |
| 04 Entrevista incompleta (anote em observações) | 09 Incapacitado e sem informante |
| 05 Entrevista adiada (anote em observações) | 10 Outros (anote em observações) |

Observações: _____

Nome do informante substituto ou auxiliar: _____

Parentesco com o entrevistado: _____

Tempo de conhecimento (caso não seja familiar) _____

	Critica	Checagem	Codificação	Digitação	
Nome:					2006
Data:	<input type="text"/> <input type="text"/> Dia Mês	<input type="text"/> <input type="text"/> Dia Mês	<input type="text"/> <input type="text"/> Dia Mês <input type="text"/> <input type="text"/> Dia Mês (medicação)	<input type="text"/> <input type="text"/> Dia Mês	

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

HORA DE INÍCIO: |_|_| : |_|_|

DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o Sr (a) não deseje responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

A.1a

Em que dia, mês e ano o(a) Sr(a) nasceu?

A. 01

DIA E MÊS.....|_|_|.....|_|_|

ANO.....|_|_|.....|_|_|

A.1b

Quantos anos completos o(a) Sr.(a) tem?

A. 02

IDADE.....|_|_|.....|_|_|

A.2

O(a) Sr(a) nasceu no Brasil?

A. 04

SIM 1 → **A. 06**

NÃO 2

NS 8

NR 9

A.3

Em que país o(a) Sr(a) nasceu?

A. 05

País _____

A.4b

Desde que o Sr.(a) nasceu até os 15 anos, viveu no campo por 5 anos ou mais?

A. 06

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

A.5a

O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever um recado?

A. 07

SIM 1

NÃO..... 2

NR 9

A.5b

O(a) Sr.(a) foi à escola?

A. 08

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

A.10

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.6

Qual a última série (e de que grau) da escola em que o Sr(a) obteve aprovação?

ANOTE A SÉRIE DO ÚLTIMO GRAU APROVADO

A. 09

ÚLTIMA SÉRIE CURSADA PELO (A) IDOSO(A):

Primeiro grau (ou primário + ginásio) 01 |__|

Segundo grau (antigo clássico e científico) 02 |__|

Técnico de nível médio (ex: técnico em contabilidade, laboratório) 04 |__|

Magistério - segundo grau (antigo normal) 06 |__|

Graduação (nível superior) 07 |__|

Pós-graduação 08 |__|

Supletivo/Madureza..... 09 |__|

NS..... 988

NR..... 999

A.7

Atualmente o(a) Sr (a) vive sozinho ou acompanhado?

A.10

SOZINHO 1

ACOMPANHADO 2

NR 9

UTILIZE A REDAÇÃO CORRESPONDENTE SEGUNDO O CASO

A.7a **Há 5 anos, o Sr(a) morava: - exatamente com as mesmas pessoas com quem mora agora OU sozinho?**

A.11

SIM 1 → **A. 14**

NÃO 2

NR 9

A.7b

Há 5 anos o(a) Sr.(a) vivia...

LEIA CADA OPÇÃO E CIRCULE TODAS AS AFIRMATIVAS

A.12

SÓ?..... 10

COM ESPOSO(A) OU COMPANHEIRO (A)?..... 20

COM UM OU MAIS FILHO(A)(S) CASADO(A)(S) ?..... 30

COM UM OU MAIS FILHO(A)(S) SOLTEIRO(A)(S) ? 40

COM OUTRO FAMILIAR?..... 50

COM OUTRO NÃO FAMILIAR REMUNERADO QUE O AJUDAVA?..... 61

COM OUTRO NÃO FAMILIAR NÃO REMUNERADO?..... 62

COM EMPREGADA DOMÉSTICA?..... 70

NS..... 98

NR..... 99

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.7c

Por que o(a) Sr(a) já não mora com as mesmas pessoas com quem morava há 5 anos?

ANOTE TODAS AS OPÇÕES MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

A. 13

RAZÕES RELACIONADAS COM SEUS FILHOS:

- ECONÔMICAS 01
- SEPARAÇÃO CONJUGAL 02
- UNIÃO CONJUGAL 03
- PARA CUIDAR DAS CRIANÇAS 04

RAZÕES RELACIONADAS COM SUA SITUAÇÃO PESSOAL:

- ECONÔMICAS 05
- SEPARAÇÃO CONJUGAL 06
- FALECIMENTO 07
- SE SENTIA SÓ 08
- PRECISAVA DE AJUDA 09
- FICOU DOENTE 10
- OUTRO 11
Especifique
- NS 98
- NR 99

A.8

Em geral, o(a) Sr.(a) gosta de morar sozinho OU com as pessoas com quem mora hoje?

UTILIZE A REDAÇÃO CONFORME A SITUAÇÃO

A. 14

- SIM 1 → **A. 16**
- NÃO 2
- NS 8
- NR 9

A.9

Se o(a) Sr(a) pudesse escolher, preferiria morar...

LEIA AS OPÇÕES E ANOTE TODAS AS AFIRMATIVAS

A. 15

- SÓ?..... 10
- COM ESPOSO(A) OU COMPANHEIRO (A)?..... 20
- COM UM OU MAIS FILHO(A)(S) CASADO(A)(S) ?..... 30
- COM UM OU MAIS FILHO(A)(S) SOLTEIRO(A)(S) ?..... 31
- COM NETO..... 40
- COM OUTRO FAMILIAR?..... 50
- COM OUTRO NÃO FAMILIAR REMUNERADO QUE O AJUDAVA?..... 61
- COM OUTRO NÃO FAMILIAR NÃO REMUNERADO?..... 62
- EMPREGADA DOMÉSTICA?..... 70
- NS..... 98
- NR..... 99

A.10a

Há 5 anos, o(a) Sr.(a) morava nesta mesma casa?

A. 16

- SIM 1 → **A. 19**
- NÃO 2
- NR 9

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.10b

Qual a principal razão pela qual o(a) Sr.(a) veio morar aqui?

ANOTE SOMENTE **UMA** RESPOSTA

A. 17

ESTAR PERTO DE OU COM O(A) FILHO(A)	01
ESTAR PERTO DE OU COM FAMILIARES OU AMIGOS ..	02
ESTAR PERTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	03
MEDO DA VIOLÊNCIA	04
FALECIMENTO DO(A) ESPOSO(A)/COMPANHEIRO(A) ..	05
POR SEPARAÇÃO CONJUGAL	06
POR UNIÃO CONJUGAL	07
CUSTO DA MORADIA	08
PELAS CONDIÇÕES DA MORADIA	10
(BARREIRAS ARQUITETÔNICAS)	
OUTRO _____	09
<i>ESPECIFIQUE</i>	
NS	98
NR	99

A. 19

A.10c

Por que o Sr. desejava estar COM ou PERTO dos filhos, COM outros familiares ou amigos?

ANOTE TODAS AS OPÇÕES MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

A. 18

<u>POR PROBLEMAS DE SAÚDE:</u>	
SEUS (PRÓPRIOS)	01
DO(S) FILHO(S) OU FAMILIARES	02
<u>POR PROBLEMAS ECONÔMICOS:</u>	
SEUS (PRÓPRIOS)	03
DO(S) FILHO(S) OU FAMILIARES	04
PORQUE SE SENTIA SÓ	05
PARA AJUDAR A CUIDAR DOS NETOS OU OUTRAS CRIANÇAS	06
PORQUE PENSA QUE OS IDOSOS DEVEM MORAR COM A FAMÍLIA OU PARENTES	07
PORQUE GOSTA / PREFERE	10
OUTRO _____	08
<i>Especifique</i>	
NS	98
NR	99

A.11a

Qual é sua religião?

A. 19

CATÓLICA	10
PROTESTANTE	21
EVANGÉLICA.....	22
JUDÁICA	30
ESPÍRITA KARDECISTA.....	71
BUDISTA.....	72
OUTRO _____	50
<i>Especifique</i>	
NENHUMA	60 →
NS	88
NR	99

A. 27

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.11b

Qual a importância da religião em sua vida?

A. 20

IMPORTANTE 1
 REGULAR 2
 NADA IMPORTANTE 3
 NS 8
 NR 9

A.11c

Com que frequência o(a) Sr.(a) vai a igreja ou ao serviço religioso?

A. 21

NUNCA 1
 VÁRIAS VEZES AO ANO 2
 UMA OU DUAS VEZES POR MÊS 3
 QUASE TODA SEMANA..... 4
 MAIS DE UMA VEZ POR SEMANA..... 5
 NS 8
 NR 9

A.11d

Quanto sua religião lhe dá forças para enfrentar dificuldades?

A. 22

COMPLETAMENTE 1
 MUITO 2
 NÃO MUITO 3
 NADA..... 4
 NS 8
 NR 9

A.11e

Quanto sua religião o(a) ajuda a entender as dificuldades na vida?

A. 23

COMPLETAMENTE 1
 MUITO 2
 NÃO MUITO 3
 NADA..... 4
 NS 8
 NR 9

A.11f

Sua religião dá sentido à sua vida?

A. 24

TOTALMENTE..... 1
 MUITO..... 2
 ÀS VEZES..... 3
 NUNCA..... 4
 NS..... 8
 NR 9

A.11g

Utilizando sua própria definição de pessoa religiosa, o quanto o(a) Sr.(a) se considera religioso(a)?

A. 25

MUITO..... 1
 UM POUCO..... 2
 NÃO MUITO..... 3
 NADA..... 4
 NS..... 8
 NR..... 9

A.11h

Com que frequência o(a) Sr(a) reza (ora) ou realiza suas práticas religiosas?

A. 26

VÁRIAS VEZES AO DIA..... 1
 UMA VEZ AO DIA..... 2
 VÁRIAS VEZES POR SEMANA..... 3
 SOMENTE EM OCASIÕES ESPECIAIS..... 4
 QUASE NUNCA OU NUNCA..... 5
 NS..... 8
 NR..... 9

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.12

Qual destas opções o descreve melhor?

A. 27

BRANCO (de origem europeia) 1
 PARDO (combinação de branco e preto) 3
 PRETA 4
 INDÍGENA 5
 AMARELO 6
 OUTRA 7
 NS 8
 NR 9

HISTÓRIA DE UNIÕES

A.13a

Com relação ao seu estado marital, alguma vez o(a) Sr.(a) foi casado(a) ou teve uma união livre?

A. 28

SIM 1
 NÃO 2 →
 NR 9

A. 32

A.13b

No total, quantas vezes, o(a) Sr.(a) esteve casado(a) ou em união?

A. 29

Nº DE VEZES|_|_|

A.13c

Qual o seu estado marital hoje?

A. 30

DIVORCIADO..... 1
 SEPARADO..... 2
 VIÚVO..... 3
 CASADO..... 4
 AMASIADO..... 5
 NS..... 8
 NR..... 9

A. 32

A.13d

Há quanto tempo é divorciado, separado ou viúvo?

A. 31

MESES|_|_|
 ANOS|_|_|

AGORA QUERO FAZER-LHE ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA HISTÓRIA FAMILIAR:

A.18a

Quantos filhos e filhas nascidos vivos o(a) Sr.(a) teve?

A. 32

NÚMERO DE FILHOS:|_|_| →
 PRÓPRIOS.....|_|_|
 ENTEADOS.....|_|_|
 ADOTIVOS.....|_|_|
 NS 98
 NR 99

Se Zero vá para
A. 34

A.18b

Quantos filhos e filhas vivos o(a) Sr.(a) tem hoje?

A. 33

NÚMERO DE FILHOS:|_|_|
 PRÓPRIOS.....|_|_|
 ENTEADOS.....|_|_|
 ADOTIVOS.....|_|_|
 NS 98
 NR.....99

A. 30

As perguntas A.1 a A 18b foram realizadas com um informante substituto?

A. 34

SIM 1
 NÃO 2

SEÇÃO B - AVALIAÇÃO COGNITIVA

NESTE ESTUDO ESTAMOS INVESTIGANDO COMO O(A) SR(A) SE SENTE A RESPEITO DE ALGUNS PROBLEMAS DE SAÚDE. GOSTARIAMOS DE COMEÇAR COM ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA MEMÓRIA.

B.1

Como o(a) sr(a) avalia sua memória atualmente? (leia as opções)

B. 01

EXCELENTE 1
 MUITO BOA 2
 BOA 3
 REGULAR 4
 MÁ 5
 NS 8
 NR 9

B.2

Comparando com um ano atrás, o(a) sr(a) diria que agora sua memória é melhor, igual ou pior?

B. 02

MELHOR 1
 IGUAL 2
 PIOR 3
 NS 8
 NR 9

B.2a

Durante um minuto, diga o nome de todos os animais que conseguir lembrar.

(ANOTE TUDO O QUE O IDOSO FALAR NO PERÍODO DE UM MINUTO)

B. 03

NR 9

B.3

Por favor me diga a data de hoje.

PERGUNTE MÊS, DIA, ANO, E DIA DA SEMANA. ANOTE UM PONTO EM CADA RESPOSTA CORRETA

B. 04

Correto

DIA DO MÊS |__|__| Segunda feira.....01
 Terça feira.....02
 Quarta feira.....03
 Quinta feira.....04
 Sexta feira.....05
 Sábado.....06
 Domingo.....07

MÊS |__|__|

ANO |__|__|

DIA DA SEMANA |__|__|

HORA APROXIMADA |__|__| |__|__|

TOTAL → Não pontuar hora aproximada

SEÇÃO B - AVALIAÇÃO COGNITIVA

B.4

Agora vou lhe dar o nome de três objetos. Quando eu terminar lhe pedirei que repita em voz alta todas as palavras que puder lembrar, em qualquer ordem. Guarde quais são porque vou voltar a perguntar mais adiante. O Sr. tem alguma pergunta?

LEIA OS NOMES DOS OBJETOS DEVAGAR E DE FORMA CLARA SOMENTE UMA VEZ E ANOTE.

SE O TOTAL É DIFERENTE DE "3":

- 1) REPITA TODOS OS OBJETOS ATÉ QUE O ENTREVISTADO OS APRENDA. MÁXIMO DE REPETIÇÕES: 5 VEZES
- 2) ANOTE O NUMERO DE REPETIÇÕES QUE TEVE QUE FAZER
- 3) NUNCA CORRIJA A PRIMEIRA PARTE
- 4) ANOTA-SE UM PONTO POR CADA OBJETO LEMBRADO E ZERO PARA OS NÃO LEMBRADOS

B. 05

	Correto	Lembrou.....1
ÁRVORE	<input type="checkbox"/>	Não lembrou....0
MESA	<input type="checkbox"/>	
CACHORRO	<input type="checkbox"/>	
TOTAL	<input style="border: 2px solid black;" type="checkbox"/>	
NÚMERO DE REPETIÇÕES: <input style="width: 40px;" type="text"/>		

B.5

Agora vou dizer alguns números e gostaria que o Sr. contasse de trás para frente:

1 3 5 7 9

ANOTE A RESPOSTA NO ESPAÇO CORRESPONDENTE

A PONTUAÇÃO É O NÚMERO DE DÍGITOS NA ORDEM CORRETA.

EX: 9 7 5 4 3 1 ACRESCENTOU UM NÚMERO: 5-1=4,
 9 3 5 7 1 2 NÚMEROS FORA DE ORDEM: 5-2=3,
 9 5 3 1 ESQUECEU UM NÚMERO: 5-1=4,
 9 9 7 5 3 1 UM NÚMERO EXTRA: 5-1=4.

B. 06

RESPOSTA DO ENTREVISTADO:						
RESPOSTA CORRETA:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">9</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">1</td> </tr> </table>	9	7	5	3	1
9	7	5	3	1		
Número de dígitos na ordem correta: <input style="border: 2px solid black; width: 80px; height: 30px;" type="text"/>						

B.6

Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, apanhe o papel com sua mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque-o sobre suas pernas.

PASSE O PAPEL E ANOTE 1 PONTO PARA CADA AÇÃO CORRETA.

B. 07

	Correto	Ação incorreta = 0
PEGA O PAPEL COM A MÃO DIREITA.....	<input type="checkbox"/>	
DOBRA NA METADE COM AS DUAS MÃOS.....	<input type="checkbox"/>	
COLOCA O PAPEL SOBRE AS PERNAS.....	<input type="checkbox"/>	
TOTAL	<input style="border: 2px solid black;" type="checkbox"/>	

B.7

Há alguns minutos, lí uma série de 3 palavras e o(a) sr(a) repetiu as que lembrou. Por favor, diga-me agora quais ainda se lembra.

ANOTE 1 PONTO POR RESPOSTA CORRETA EM QUALQUER ORDEM.

B. 08

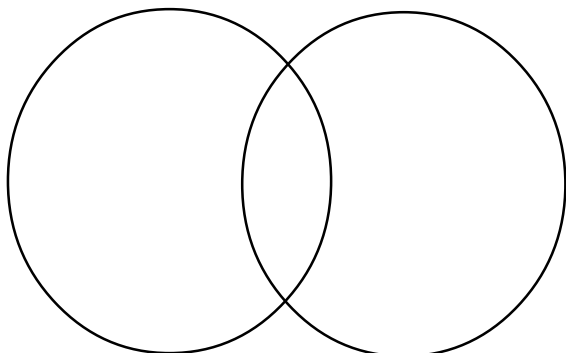
	Correto	Lembrou.....1
ÁRVORE	<input type="checkbox"/>	Não lembrou....0
MESA	<input type="checkbox"/>	
CACHORRO	<input type="checkbox"/>	
TOTAL	<input style="border: 2px solid black;" type="checkbox"/>	

SEÇÃO B - AVALIAÇÃO COGNITIVA

B.8

Por favor, copie este desenho.

ENTREGUE AO ENTREVISTADO O DESENHO COM OS CÍRCULOS QUE SE CRUZAM. A AÇÃO ESTÁ CORRETA SE OS CÍRCULOS NÃO SE CRUZAM MAIS DO QUE A METADE. ANOTE UM PONTO SE O DESENHO ESTIVER CORRETO



B. 09

Correto

TOTAL

B.12

Por favor me diga O LOCAL em que o(a) Sr(a) está

ANOTE UM PONTO EM CADA RESPOSTA CORRETA

B. 10

Correto

LOCAL DA CASA (quarto, sala, etc)

LOCAL (CASA OU APTO)

ENDEREÇO

CIDADE

ESTADO

TOTAL

B.13

Por favor, gostaria que o(a) Sr(a) subtraísse 7 de 100 por cinco vezes.

ANOTE A RESPOSTA NO ESPAÇO CORRESPONDENTE

B. 11

RESPOSTA DO ENTREVISTADO:

RESPOSTA CORRETA:

93

86

79

72

65

respostas corretas:

SEÇÃO B - AVALIAÇÃO COGNITIVA

B.14

Mostrar uma caneta e um relógio e pedir para o(a) idoso(a) nomeá-los

B. 12

Caneta:

Relógio:

CADA RESPOSTA CORRETA = 1 ponto

Total de pontos:

B.15

Agora, vou dizer uma frase e gostaria que, em seguida, o(a) Sr(a) a repetisse:

"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"

B. 13

RESPOSTA CORRETA = 1 ponto

Total de pontos:

B.16

Agora, vou lhe mostrar uma frase e gostaria que, em seguida, o(a) Sr(a) fizesse o que leu:

Mostre a frase "FECHE OS OLHOS"

B. 14

RESPOSTA CORRETA = 1 ponto

Total de pontos:

B.17

Agora, vou lhe PEDIR PARA ESCREVER uma frasequalquer:

B. 15

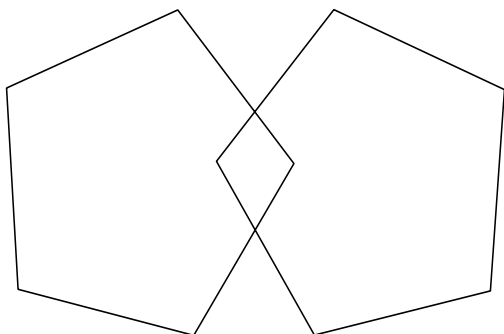
Total de pontos:

SEÇÃO B - AVALIAÇÃO COGNITIVA

B.18

Por favor, copie este desenho.

ENTREGUE AO ENTREVISTADO O DESENHO COM OS PENTÁGONOS QUE SE CRUZAM. A AÇÃO ESTÁ CORRETA SE OS PENTÁGONOS NÃO SE CRUZAM MAIS DO QUE A METADE. ANOTE UM PONTO SE O DESENHO ESTIVER CORRETO



B. 16

Correto

TOTAL

B.9 FILTRO

SOME AS RESPOSTAS CORRETAS ANOTADAS NAS PERGUNTAS B.04 A B.09 E ANOTE O TOTAL NA CASELA.

(A PONTUAÇÃO MÁXIMA É 19)

B. 17

TOTAL

A SOMA É 13 OU MAIS.....1 →

**Vá para
Seção C**

A SOMA É 12 OU MENOS.....2

B.9a

Alguma outra pessoa que mora normalmente nesta casa poderia ajudar-nos a responder algumas perguntas?

B. 18

SIM 1

NÃO 2

ANOTE O NOME DO INFORMANTE E APLIQUE A ELE A ESCALA PFEFFER: _____

SEÇÃO B - AVALIAÇÃO COGNITIVA (ESCALA PFEFFER)

MOSTRE AO INFORMANTE A SEGUINTE CARTELA COM AS OPÇÕES E LEIA AS PERGUNTAS. ANOTE A PONTUAÇÃO COMO SEGUIE:

SIM É CAPAZ	0
NUNCA O FEZ, MAS PODERIA FAZER AGORA	0
COM ALGUMA DIFICULDADE, MAS FAZ	1
NUNCA FEZ E TERIA DIFICULDADE AGORA	1
NECESSITA DE AJUDA	2
NÃO É CAPAZ	3

	Pontuação
B.10a (NOME) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?	B. 19
B.10b (NOME) é capaz de fazer as compras sozinho (por exemplo de comida e roupa)?	B. 20
B.10c (NOME) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?	B. 21
B.10d (NOME) é capaz de preparar comida?	B. 22
B.10e (NOME) é capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?	B. 23
B.10f (NOME) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de radio, televisão ou um artigo do jornal?	B. 24
B.10g (NOME) é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?	B. 25
B.10h (NOME) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos?	B. 26
B.10i (NOME) é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?	B. 27
B.10j (NOME) é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?	B. 28
B.10k (NOME) é capaz de ficar sozinho(a) em casa sem problemas?	B. 29

B.11 FILTRO

Some os pontos das perguntas B.19 a B.29 e anote na casela denominada "TOTAL".

B. 30

TOTAL

A soma é 6 ou mais..... 1 →

CONTINUE A ENTREVISTA
COM AJUDA DO
INFORMANTE SUBSTITUTO.
REVISE A SEÇÃO A

A soma é 5 ou menos..... 2 →

CONTINUE A ENTREVISTA
COM O ENTREVISTADO.
CASO A PESSOA
NECESSITE DE AJUDA PARA
RESPONDER ALGUMAS
PERGUNTAS, CONTINUE
COM UM INFORMANTE
AUXILIAR

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.1

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde. O(a) Sr(a) diria que sua saúde é muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?

C. 01

MUITO BOA 2
 BOA 3
 REGULAR 4
 RUIM 6
 MUITO RUIM 7
 NS 8
 NR 9

C.2

Comparando sua saúde de hoje com a de doze meses atrás, o(a) Sr(a) diria que agora sua saúde é melhor, igual ou pior do que estava então?

C. 02

MELHOR 1
 IGUAL 2
 PIOR 3
 NS 8
 NR 9

C.3

Em comparação com outras pessoas de sua idade, o(a) Sr(a) diria que sua saúde é melhor, igual ou pior?

C. 03

MELHOR 1
 IGUAL 2
 PIOR 3
 NS 8
 NR 9

C.3a

Nas duas últimas semanas quantos dias o(a) Sr(a) deixou de realizar suas atividades habituais por motivo de saúde?

C. 04

NÚMERO DE DIAS | | | |
 NS 88
 NR 99

C.3c

Nas duas últimas semanas quantos dias o Sr(a) esteve acamado?

C. 05

NÚMERO DE DIAS | | | |
 NS 88
 NR 99

C.4

Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão sanguínea alta, quer dizer, hipertensão?

C. 06

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C. 18

C.4_1

Em que ano ou com que idade foi diagnosticada, pela primeira vez, sua hipertensão?

C. 07

ANO | | | | | | | |
 IDADE | | | | | | anos
 NS 9998
 NR 9999

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.4a

O(a) Sr(a) está tomando algum medicamento para baixar sua pressão sangüínea?

C. 08

SIM	1	→	C. 10
NÃO	2		
NS	8	}	C. 10
NR	9		

C.4a1

Porquê?

C. 09

NÃO SINTO NECESSIDADE	01
O MÉDICO NÃO INDICOU	02
NÃO FUI AO MÉDICO	03
NÃO TENHO COMO PAGAR	04
NÃO TENHO QUEM VÁ BUSCAR PARA MIM	05
NÃO TIVE TRANSPORTE	06
NÃO GOSTO DE REMÉDIO/INJEÇÃO	07
NÃO ME SINTO BEM QUANDO TOMO	08
OUTRO _____	09
<i>ESPECIFICAR</i>	
NS	98
NR	99

C.4b

Para baixar sua pressão sangüínea, durante os últimos doze meses, perdeu peso ou seguiu uma dieta especial?

C. 10

SIM	1	→	C. 12
NÃO	2		
NS	8	}	C. 12
NR	9		

C.4b1

Porquê não?

C. 11

NUNCA FOI ORIENTADO	1
FOI ORIENTADO MAS NÃO GOSTA	2
FOI ORIENTADO MAS NÃO CONSEGUE	3
FOI ORIENTADO MAS NÃO ACHA NECESSÁRIO....	4
NS	8
NR	9

C.4b2

Para baixar sua pressão sangüínea, durante os últimos doze meses, fez exercícios/ atividade física?

C. 12

SIM	1	→	C. 14
NÃO	2		
NS	8	}	C. 14
NR	9		

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.4b3

Porquê não faz?

C. 13

- NUNCA FOI ORIENTADO 1
- FOI ORIENTADO MAS NÃO GOSTA 2
- FOI ORIENTADO MAS NÃO CONSEGUE 3
- FOI ORIENTADO MAS NÃO ACHA NECESSÁRIO... 4
- FOI ORIENTADO MAS NÃO FAZ PORQUE NÃO TEM COMPANHIA..... 5
- NS 8
- NR 9

C.4c

Sua pressão sanguínea geralmente está controlada?

C. 14

- SIM 1
- NÃO 2
- NS 8
- NR 9

C.4d

Em comparação com 12 meses atrás, o seu problema de pressão alta está melhor, igual ou pior?

C. 15

- MELHOR 1
- IGUAL 2
- PIOR 3
- NS 8
- NR 9

C.4e

O(a) Sr.(a) costuma ir ao serviço de saúde para controle da sua hipertensão?

C. 16

- NUNCA 1
- SIM, UMA VEZ POR MÊS 2
- SIM, A CADA DOIS OU 3 MESES 3
- SIM, A CADA 6 MESES 4
- SIM, PELO MENOS UMA VEZ POR ANO 5
- NS 8
- NR 9

C.4f

O(a) Sr.(a) precisou ser internado no hospital PELO MENOS UMA NOITE por causa de sua hipertensão?

C. 17

- NUNCA 1
- SIM, UMA VEZ..... 2
- SIM, DUAS OU 3 VEZES..... 3
- SIM, MAIS DE 3 VEZES..... 4
- NS 8
- NR 9

C.5

Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) tem DIABETES, quer dizer, níveis altos de açúcar no sangue?

C. 18

- SIM 1
- NÃO 2
- NS 8
- NR 9

C. 38

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.5g

Como consequência do seu diabetes o(a) Sr.(a) tem (teve) algum problema/complicação?

C. 29

- SIM, NOS RINS 1
- SIM, NOS RINS E NOS OLHOS 2
- SIM, NOS RINS E NA CIRCULAÇÃO 3
- SIM, NOS RINS, OLHOS E DE CIRCULAÇÃO 4
- SIM, NOS OLHOS 5
- SIM, DE CIRCULAÇÃO..... 6
- SIM, NOS OLHOS E DE CIRCULAÇÃO 7
- SIM, OUTROS: _____ 8
- ESPECIFIQUE*
- NÃO..... 9
- NS 98
- NR 99

C. 31

C.5h

O Sr.(a) faz (fez) tratamento para seu problema nos rins?

ANOTAR TODAS AS RESPOSTAS

C. 30

- SIM, MEDICAÇÃO/DIETA 1
- SIM, DIALISE PERITONIAL 2
- SIM, HEMODIÁLISE..... 3
- SIM, TRANSPLANTE..... 4
- NÃO..... 5
- NS 8
- NR 9

C.5i

Como consequência do seu diabetes o(a) Sr.(a) teve algum problema(s) no(s) seu(s) pé(s)?

C. 31

- SIM _____ 1
- ESPECIFIQUE*
- NÃO..... 2
- NS 8
- NR 9

C.5j

Como consequência do seu diabetes o(a) Sr.(a) teve que amputar alguma parte do seu corpo?

C. 32

- SIM, DEDOS 1
- SIM, UM PÉ 2
- SIM, AMBOS OS PÉS..... 3
- SIM, UMA PERNA..... 4
- SIM, AMBAS AS PERNAS..... 5
- NÃO 7
- NS 8
- NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.5k

O Sr.(a) costuma ir aos serviços de saúde para controlar o seu diabetes?

C. 33

- NUNCA 1
- SIM, UMA VEZ POR MÊS..... 2
- SIM, A CADA DOIS OU TRÊS MESES..... 3
- SIM, A CADA SEIS MESES..... 4
- SIM, PELO MENOS UMA VEZ POR ANO..... 5
- SIM, QUANDO NECESSÁRIO..... 6
- NS 8
- NR 9

C.5l

O(a) Sr.(a) precisou ser internado no hospital **PELO MENOS UMA NOITE** por causa de seu diabetes?

C. 34

- NUNCA 1
- SIM, UMA VEZ..... 2
- SIM, DUAS OU TRÊS VEZES..... 3
- SIM, MAIS DE TRÊS VEZES 4
- NS 8
- NR 9

C.5m

O(a) Sr.(a) sabe que o diabetes pode afetar a sua visão?

C. 35

- SIM..... 1
- NÃO..... 2
- NS 8
- NR 9

C.5n

Por causa do diabetes o (a) Sr.(a) foi encaminhado ao oculista?

C. 36

- SIM..... 1
- NÃO..... 2
- NS 8
- NR 9

C.5o

Quando o (a) Sr.(a) foi ao oculista pela última vez?

C. 37

- HÁ UM MÊS..... 1
- HÁ SEIS MESES..... 2
- HÁ UM ANO..... 3
- MAIS DE UM ANO..... 4
- NS 8
- NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.5d6

Nos últimos 3 meses o(a) Sr(a) apresentou algum dos seguintes sintomas?

ASSINALE TODOS OS CITADOS

CONSIDERE DOIS OU MAIS SINTOMAS AO MESMO TEMPO

C. 42

- SEDE INTENSA 1
- URINAR MUITAS VEZES 2
- FOME INTENSA 3
- HÁLITO COM ODOR DIFERENTE 4
- NAÚSEAS / VÔMITOS 5
- RESPIRAÇÃO RÁPIDA 6
- DOR DE CABEÇA 7
- VISÃO TURVA 8
- DOR ABDOMINAL (na barriga) 9
- FACE AVERMELHADA 10
- CANSAÇO / DESÂNIMO 11
- SONOLÊNCIA 12
- OUTRO _____ 13
ESPECIFIQUE
- NÃO APRESENTOU NENHUM DOS CITADOS 14
- NS 98
- NR 99

C. 44

C.5d8

O que o(a) Sr(a) fez na última vez que apresentou esse(s) sintomas ?

C. 43

- NADA 1
- TOMOU MEDICAÇÃO (ORAL OU INSULINA) 2
- PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA (HOSPITAL, PRONTO-SOCORRO OU POSTO DE SAÚDE) 4
- NS 8
- NR 9

AGORA GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEUS PULMÕES:

C.7

Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que tem alguma doença crônica do pulmão, como asma, bronquite ou enfisema?

C. 44

- SIM 1
- NÃO 2
- NS 8
- NR 9

C. 53

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.7a

O(a) Sr(a) está tomando algum medicamento ou recebendo algum outro tratamento para sua doença pulmonar?

C. 45

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.7b

Em comparação com doze meses atrás, essa doença pulmonar melhorou, ficou igual ou piorou?

C. 46

MELHOR 1
 IGUAL 2
 PIOR 3
 NS 8
 NR 9

C.7c

O(a) Sr.(a) está recebendo oxigênio?

C. 47

SIM, USO CONTÍNUO 3
 SIM, USO ESPORÁDICO..... 4
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.7d

O(a) Sr.(a) está fazendo alguma fisioterapia respiratória?

C. 48

NÃO 2
 SIM, DIARIAMENTE 3
 SIM, NO MÍNIMO UMA VEZ POR SEMANA 4
 SIM, ESPORADICAMENTE..... 5
 NS 8
 NR 9

C.7e

Sua doença pulmonar limita suas atividades diárias tais como trabalhar ou fazer as tarefas domésticas?

C. 49

MUITO 1
 POUCO 2
 NÃO INTERFERE 3
 NS 8
 NR 9

C.7f

Em que ano ou com que idade foi diagnosticada, pela primeira vez, sua doença crônica do pulmão?

C. 50

ANO | | | | |
 IDADE | | | | |anos
 NS 9998
 NR 9999

C.7g

Devido à sua doença crônica do pulmão, o Sr (a) costuma procurar os serviços de saúde?

C. 51

NÃO 1
 SIM, VÁRIAS VEZES NA SEMANA..... 2
 SIM, UMA VEZ NO MÊS..... 3
 SIM, A CADA DOIS OU TRÊS MESES..... 4
 SIM, A CADA SEIS MESES..... 5
 SIM, PELO MENOS UMA VEZ POR ANO..... 6
 SIM, QUANDO NECESSÁRIO..... 7
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.8d

O Sr.(a) costuma ir aos serviços de saúde por causa do seu problema cardíaco?

C. 58

- NUNCA 2
- SIM, UMA VEZ POR MÊS..... 3
- SIM, A CADA DOIS OU TRÊS MESES..... 4
- SIM, A CADA SEIS MESES..... 5
- SIM, PELO MENOS UMA VEZ POR ANO..... 6
- SIM, QUANDO NECESSÁRIO..... 7
- NS 8
- NR 9

C.8e

O Sr(a) já foi internado em um hospital POR PELO MENOS UMA NOITE por causa de seu problema no coração?

C. 59

- NUNCA 6
- SIM, UMA VEZ..... 3
- SIM, DUAS OU TRÊS VEZES..... 4
- SIM, MAIS DE TRÊS VEZES..... 5
- NS 8
- NR 9

C.8f

Sua doença cardíaca limita suas atividades diárias como as tarefas domésticas ou o trabalho?

C. 60

- MUITO 1
- POUCO 2
- NÃO INTERFERE 3
- NS 8
- NR 9

C.8g

Em conseqüência de sua doença cardíaca o(a) Sr(a) fez algum tratamento especial?

C. 61

- SIM, ANGIOPLASTIA (DILATAÇÃO ARTERIAL) 1
- SIM, MARCA PASSO 2
- SIM, CIRURGIA (PONTE) 3
- SIM, TRANSPLANTE 5
- NÃO..... 4
- NS 8
- NR 9

C.9

Alguma vez um médico lhe disse que o(a) Sr(a) teve uma embolia, derrame, ataque, isquemia ou trombose cerebral?

C. 62

- SIM 1
- NÃO 2
- NS 8
- NR 9

C. 76

C.9a

Em que ano ou com que idade teve o mais recente?

C. 63

- ANO | | | | |
- IDADE..... | | | | |anos
- NS 9998
- NR 9999

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.9c

O(a) Sr(a) tem alguma seqüela ou problema derivado do(s) derrame(s) cerebral(is)?

C. 64

SIM 1
 NÃO 2 → **C. 76**
 NS 8
 NR 9

DEPOIS DO DERRAME, O(A) SENHOR(A) TEM TIDO...

C.9d

Alguma fraqueza nos braços e nas pernas ou dificuldade de movimentar ou usar seus braços ou pernas?

C. 65

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.9e

Alguma dificuldade para falar?

C. 66

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.9e1

Alguma dificuldade para engolir?

C. 67

SIM, QUALQUER ALIMENTO 1
 SIM, APENAS LÍQUIDOS..... 2
 SIM, APENAS SÓLIDOS..... 3
 NÃO 4
 NS 8
 NR 9

C.9f

Alguma dificuldade com sua visão?

C. 68

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.9g

Alguma dificuldade para pensar ou encontrar as palavras certas?

C. 69

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.9g1

Alguma dificuldade com a sua memória?

C. 70

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.9h

Está tomando algum medicamento por causa do derrame ou de suas complicações?

C. 71

NÃO 2
 SIM 1
 NS 8
 NR 9 } **C. 73**

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.9h1

Porquê não?

C. 72

- NÃO SINTO NECESSIDADE..... 1
- O MÉDICO NÃO INDICOU..... 2
- NÃO TENHO COMO PAGAR..... 3
- NÃO TENHO QUEM VÁ BUSCAR..... 4
- FALTA DE TRANSPORTE..... 5
- NÃO GOSTO DE REMÉDIO/INJEÇÃO..... 7
- NÃO ME SINTO BEM QUANDO TOMO..... 8
- OUTRO 9
- NS 98
- NR 99

C.9i

Recebe ou recebeu algum tipo de reabilitação por causa do derrame ou suas complicações?

C. 73

- NÃO 2
- SIM, FISIOTERAPIA 3
- SIM, TERAPIA OCUPACIONAL 4
- SIM, FONOAUDIOLOGIA 5
- NS 8
- NR 9

C. 75

C.9i1

Porquê não?

C. 74

- NÃO SENTI NECESSIDADE 1
- O MÉDICO NÃO INDICOU..... 2
- NÃO TINHA COMO PAGAR 3
- NÃO TINHA QUEM ME LEVE/LEVASSE 4
- FALTA DE TRANSPORTE..... 5
- PORQUE NÃO GOSTO 6
- NÃO ME SENTI BEM QUANDO FIZ 7
- NÃO CONSEGUI VAGA 8
- O SERVIÇO NÃO ERA DISPONÍVEL 9
- OUTRO 10
- NS..... 98
- NR..... 99

C.9j

Esta condição interfere muito, pouco, ou nada em suas atividades diárias?

C. 75

- MUITO 1
- POUCO 2
- NADA 3
- NS 8
- NR 9

C.10

Alguma vez um médico ou enfermeira lhe disse que tem artrite, reumatismo, artrose?

C. 76

- SIM 1
- NÃO 2
- NS 8
- NR 9

C. 84

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.10a1

Em que ano ou com que idade foi diagnosticado seu problema de artrite, reumatismo, artrose?

C. 77

ANO | | | | |
 IDADE | | | | | anos
 NS 9998
 NR 9999

C.10b

Em comparação com 12 meses atrás, sua artrite, reumatismo ou artrose está melhor, igual ou pior?

C. 78

MELHOR 1
 IGUAL 2
 PIOR 3
 NS 8
 NR 9

C.10c

Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a) consultou um médico especificamente por causa da artrite, reumatismo ou artrose?

C. 79

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.10d

O(a) Sr(a) está tomando algum medicamento ou está recebendo tratamento para sua artrite, reumatismo ou artrose?

C. 80

SIM 1 → **C. 82**
 NÃO 2
 NS 8 } **C. 82**
 NR 9

C.10d1

Porquê não está tomando medicamento?

C. 81

NÃO SINTO NECESSIDADE 01
 O MÉDICO NÃO INDICOU 02
 NÃO FUI AO MÉDICO 03
 NÃO TENHO DINHEIRO 04
 NÃO TENHO QUEM VÁ BUSCAR 05
 FALTA DE TRANSPORTE 06
 NÃO GOSTO DE REMÉDIO/INJEÇÃO 07
 PORQUE NÃO ME SINTO BEM 08
 OUTRO 09
 NS 98
 NR 99

C.10f

O(a) Sr.(a) sofreu alguma cirurgia por causa da artrite, reumatismo ou artrose?

C. 82

SIM 1
 NÃO 2 } **C. 84**
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.10g

Qual articulação foi operada?

C. 83

QUADRIL/BACIA	1
JOELHOS.....	2
TORNOZELOS/PÉS.....	4
MÃOS.....	5
OMBRO(S)	6
OUTRO LOCAL _____	3
<i>ESPECIFIQUE</i>	
NS	98
NR	99

C.10a2

O(a) Sr.(a) sente dor ou desconforto quando faz algum esforço físico ou movimento como por exemplo levantar e andar?

C. 84

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

C. 87

C.10a3

Onde sente dor ou desconforto?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS

C. 85

NAS COSTAS (lombalgia)	1
NO QUADRIL/BACIA	2
NOS JOELHOS.....	3
NOS TORNOZELOS/PÉS.....	4
NAS MÃOS.....	5
NO CORPO TODO.....	6
NO(S) OMBRO(S)	7
OUTRO LOCAL _____	8
<i>ESPECIFIQUE</i>	
NS	98
NR	99

C.10e

Quanto esse problema limita suas atividades diárias como trabalhar ou fazer coisas da casa?

C. 86

MUITO	1
POUCO	2
NADA	3
NS	8
NR	9

NESTE ESTUDO TAMBÉM ESTAMOS INVESTIGANDO A PRESENÇA DE OUTRAS DORES QUE NÃO AS RELACIONADAS ÀS ARTICULAÇÕES.

AS PERGUNTAS A SEGUIR DIZEM RESPEITO A QUALQUER OUTRO TIPO DE DOR QUE O(A) SR(A) SINTA.

C.10h

O(a) Sr(a) tem alguma dor há mais de 3 meses, que dói continuamente ou que vai e vem pelo menos uma vez por mês?

C. 87

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

C. 96

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.10i

Em que local(ais) o(a) Sr(a) tem essas dores?

ASSINALE TODAS AS ALTERNATIVAS

C. 88

- CABEÇA, FACE E/OU BOCA..... 1
- PESCOÇO 2
- OMBROS E BRAÇOS 3
- PEITO..... 4
- COSTAS (acima da cintura)..... 5
- COSTAS (na cintura e abaixo-região lombar) 6
- ABDOMEM (barriga) 7
- PERNAS 8
- PELVE..... 9
- REGIÃO ANAL E GENITAL 10
- NS 98
- NR 99

**SE
RESPONDER
SÓ UMA
VÁ PARA C.90**

C.10j

Qual o local da dor que mais o(a) incomoda?

**ASSINALE O MAIS IMPORTANTE
(APENAS UM LOCAL)**

C. 89

- CABEÇA, FACE E/OU BOCA..... 1
- PESCOÇO 2
- OMBROS E BRAÇOS 3
- PEITO..... 4
- COSTAS (acima da cintura)..... 5
- COSTAS (na cintura e abaixo-região lombar) 6
- ABDOMEM (barriga) 7
- PERNAS 8
- PELVE..... 9
- REGIÃO ANAL E GENITAL 10
- NS 98
- NR 99

C.10k

Há quanto tempo dura essa dor ou a dor que mais o(a) incomoda?

C. 90

- 3 a 6 meses 1
- 6 meses a 1 ano 2
- 1 a 2 anos 3
- mais de 2 anos 4
- NS 8
- NR 9

C.10l

Essa dor (a que mais o(a) incomoda) é?

C. 91

- MUITO FORTE / MUITO INTENSA 1
- FORTE / INTENSA 2
- MÉDIA / MODERADA 3
- FRACA 4
- NS 8
- NR 9

C.10m

Essa dor (a que mais o(a) incomoda) dói (em média)?

C. 92

- QUASE TODOS OS DIAS 1
- UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 2
- UMA VEZ A CADA 15 DIAS 3
- UMA VEZ POR MÊS 4
- NS 8
- NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.10n

Pense nessa dor (a que mais o(a) incomoda) e me diga em que ela o(a) prejudica mais:

C. 93

SONO	1
HUMOR	2
ANDAR	3
APETITE	4
LAZER	5
TRABALHO	6
ATIVIDADE SEXUAL	7
RELACIONAMENTO COM AS PESSOAS	8
FAZER COMPRAS / IR AO BANCO	9
CUIDAR DE SI MESMO (tomar banho, vestir-se, alimentar-se, ir ao banheiro)	10
NÃO ATRAPALHA EM NADA	11
NS	98
NR	99

C.10o

Dê uma nota de 0 (zero) a 10 (dez) ao quanto o(a) Sr(a) acha que essa dor o incomoda na atividade citada:

0 (zero) = nenhum prejuízo
10 (dez) = prejuízo total

C. 94

NOTA	_ _
NS	98
NR	99

C.10p

Pense nessa dor, a que mais o(a) incomoda, e me diga o que o(a) Sr(a) faz para melhorá-la:

C. 95

TOMO REMÉDIO(S)	1
APLICO CALOR E FRIO NO LOCAL DA DOR	2
FAÇO MASSAGEM	3
PRATICO EXERCÍCIOS FÍSICOS	4
FAÇO REPOUSO	5
TOMO CHÁ(S)	6
APLICO POMADA(S) / EMPLASTRO	7
OUTRO	8
<i>ESPECIFIQUE</i>	
NS	98
NR	99

GOSTARIA AGORA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS RELACIONADAS À OCORRÊNCIA DE ALGUNS ACIDENTES, ESPECIALMENTE QUEDAS.

C.11_1

O(A) Sr(a) teve alguma queda depois que completou 60 anos?

C. 96

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

C. 104

C.11_2

Quantas vezes caiu depois que completou 60 anos?

C. 97

UMA VEZ.....	1
DUAS VEZES.....	2
TRÊS VEZES OU MAIS.....	3
NS	98
NR	99

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.11

Teve alguma queda nos últimos 12 meses?

C. 98

SIM	1	} C. 104
NÃO	2	
NS	8	
NR	9	

C.11a

Quantas vezes caiu nos últimos 12 meses?

C. 99

UMA VEZ.....	1
DUAS VEZES.....	2
TRÊS VEZES OU MAIS.....	3
NS	98
NR	99

C.11b

Por causa dessa (as) queda (as) o(a) Sr(a) precisou de atendimento médico?

C.100

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

C.11c

Como consequência dessa(s) queda(s) o(a) Sr(a) fraturou o quadril ou o fêmur?

(últimos 12 meses)

C.101

SIM, SEM NECESSIDADE DE CIRÚRGIA	3
SIM, COM NECESSIDADE DE CIRÚRGIA E SEM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE.....	4
SIM, COM NECESSIDADE DE CIRÚRGIA COM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE.....	5
NÃO	2
NS	8
NR	9

C.11d

Como consequência dessa(s) queda(s) o(a) Sr(a) fraturou o punho?

C.102

SIM, SEM NECESSIDADE DE CIRÚRGIA	3
SIM, COM NECESSIDADE DE CIRÚRGIA E SEM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE.....	4
SIM, COM NECESSIDADE DE CIRÚRGIA COM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE.....	5
NÃO	2
NS	8
NR	9

C.11d1

Como consequência dessa(s) queda(s) o(a) Sr.(a) teve alguma outra fratura?

C.103

SIM	1
ONDE? _____ <i>ESPECIFIQUE</i>	
NÃO	2
NS	8
NR	9

C.11d2 (utilize a redação mais adequada)

Desde que o(a) Sr(a) completou 60 anos teve alguma fratura ?

.... além dessa relatada (caso tenha referido quedas)?

C.104

SIM	1
ONDE? _____ <i>ESPECIFIQUE</i>	
NÃO	2
NS	8
NR	9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.11e

Alguma vez um médico ou enfermeiro disse que o sr. tem osteoporose?

C.105

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.107

C.11f

Em que ano ou com que idade foi diagnosticada a sua osteoporose?

C.106

ANO | | | | |
 IDADE..... | | | | |anos
 NS 9998
 NR 9999

MUITAS PESSOAS PERDEM URINA DE VEZ EM QUANDO. ESTAMOS TENTANDO DESCOBRIR, ENTRE AS PESSOAS COM 60 ANOS E MAIS, QUANTAS TÊM ESSE TIPO DE PROBLEMA E O QUANTO ISSO AS ABORRECE. AGORA QUERO QUE O(A) SR(A) ME CONTE SE TEVE/TEM ALGUM PROBLEMA RELACIONADO COM O ATO DE URINAR, PENSANDO NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (ÚLTIMO MÊS):

C.12

Nas últimas 4 semanas, o(a) Sr(a) perdeu urina sem querer alguma vez ?

C.107

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.126

C.12c1

Com que frequência o(a) Sr(a) PERDE URINA?

ASSINALE APENAS UMA RESPOSTA

C.108

NUNCA..... 1 (0 pontos)
 UMA VEZ POR SEMANA OU MENOS..... 2 (1 ponto)
 DUAS OU TRÊS VEZES POR SEMANA..... 3 (2 pontos)
 UMA VEZ AO DIA..... 4 (3 pontos)
 DIVERSAS VEZES AO DIA..... 5 (4 pontos)
 O TEMPO TODO..... 6 (5 pontos)
 NS 8
 NR 9

C.12c2

Gostaríamos de saber a quantidade de urina que o(a) Sr(a) pensa que PERDE.

ASSINALE APENAS UMA RESPOSTA

C.109

NENHUMA 1 (0 pontos)
 PEQUENA QUANTIDADE 2 (2 pontos)
 MODERADA QUANTIDADE 3 (4 pontos)
 GRANDE QUANTIDADE 4 (6 pontos)
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.12c3

Gostaríamos de saber o quanto o fato de perder urina interfere em sua vida cotidiana. Para isso gostaria que o(a) Sr(a) desse uma nota de 0(zero) a 10(dez) nessa interferência:

0 (zero) = não interfere em nada
10 (dez) = interfere muito

C.110

Circule a nota dada:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NS 88

NR 99

C.12c4

ICQI escore

C.111

SOME OS RESULTADOS DE **C.108 + C.109 + C.110** | | | |

C.12c5

Em que situações o(a) Sr(a) costuma PERDER URINA?

C.112

NUNCA	1
ANTES DE CHEGAR AO BANHEIRO	2
QUANDO TUSSO OU ESPIRRO	3
QUANDO ESTOU DORMINDO	4
QUANDO ESTOU FAZENDO ATIVIDADES FÍSICAS	5
QUANDO TERMINEI DE URINAR E ESTOU ME VESTINDO	6
PERCO SEM NENHUMA RAZÃO ÓBVIA	7
PERCO O TEMPO TODO	8
NS	98
NR	99

C.12c6

Há quanto tempo o(a) Sr(a) apresenta esse problema (perda de urina)?

C.113

MENOS DE 1 ANO	1
DE UM A TRÊS ANOS	2
DE QUATRO A CINCO ANOS	3
SEIS ANOS OU MAIS	4
NS	8
NR	9

C.12c7

O(a) Sr(a) tem tido infecções urinárias?

C.114

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

C.12c8

O(a) Sr(a) levanta durante a noite para urinar?

C.115

SIM	1
NÃO	2
DORME COM ABSORVENTE OU FRALDA	3
URINA NA CAMA	4
NS	8
NR	9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.12c9

Quanto esse problema (perda de urina) atrapalha nas suas tarefas de casa?

C. 116

NADA 1
 POUCO 2
 MAIS OU MENOS 3
 MUITO 4
 NS 8
 NR 9

C.12c10

Quanto esse problema (perda de urina) atrapalha seu trabalho ou suas atividades FORA de casa (por exemplo fazer compras, ir ao banco, ir à igreja)?

C. 117

NADA 1
 POUCO 2
 MAIS OU MENOS 3
 MUITO 4
 NS 8
 NR 9

C.12c11

Quanto esse problema (perda de urina) atrapalha quando você quer fazer uma viagem?

C. 118

NADA 1
 POUCO 2
 MAIS OU MENOS 3
 MUITO 4
 NS 8
 NR 9

C.12c12

O(a) Sr(a) deixa de visitar seus parentes ou amigos por causa desse problema (perda de urina)?

C. 119

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.12c13

Quanto esse problema (perda de urina) incomoda seus familiares?

C. 120

NADA 1
 POUCO 2
 MAIS OU MENOS 3
 MUITO 4
 NS 8
 NR 9

C.12c14

O(a) Sr(a) fica triste/deprimido por causa desse problema (perda de urina)?

C. 121

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.12c15

O(a) Sr(a) fica ansioso(a) por causa desse problema (perda de urina)?

C. 122

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

C.12c16

O(a) Sr(a) controla a quantidade de líquido que bebe por causa desse problema (perda de urina)?

C. 123

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

C.12c17

O(a) Sr(a) se preocupa em estar cheirando urina?

C. 124

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

C.12c18

Por causa de seu(s) problema(s) relacionados com a urina o(a) Sr(a) já necessitou usar:

C. 125

FRALDA	1
SONDA	2
FORRO DE PROTEÇÃO (uso pessoal)/ ABSORVENTE3	3
FORRO DE PROTEÇÃO NA CAMA	4
NÃO USA NADA.....	5
NS.....	8
NR.....	9

AGORA QUERO QUE O(A) SR(A) ME CONTE SE TEVE / TEM ALGUM PROBLEMA RELACIONADO COM O ATO DE EVACUAR:

C.12b

Nos últimos 12 meses, alguma vez perdeu controle dos movimentos intestinais ou das fezes?

C. 126

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

C. 129

C.12b1

Com que frequência isso ocorre?

C. 127

UMA VEZ POR SEMANA OU MENOS	1
DUAS OU TRÊS VEZES POR SEMANA	2
UMA VEZ AO DIA	3
O TEMPO TODO	4
NS	8
NR	9

C.12b2

Por causa do(s) problema(s) relacionados com seu intestino o(a) Sr(a) já necessitou usar:

C. 128

FRALDA	1
SONDA	2
FORRO DE PROTEÇÃO (uso pessoal)/ABSORVENTE	3
FORRO DE PROTEÇÃO NA CAMA	4
NÃO USA NADA.....	5
NS.....	8
NR.....	9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.12b3

Com que frequência, quando ficou com vontade de evacuar, o(a) Sr(a) teve dificuldade ou não conseguiu fazê-lo?

C. 129

NUNCA 1 →

UMA VEZ A CADA 15 DIAS 2

UMA VEZ POR SEMANA OU MENOS 3

DUAS OU TRÊS VEZES POR SEMANA 4

DIARIAMENTE 5

NS 8

NR 9

C. 133

C.12b4

Com que idade esse problema começou ?

C. 130

ANTES DOS 40 ANOS 1

ENTRE 40 E 49 ANOS 2

ENTRE 50 E 59 ANOS 3

DEPOIS DOS 60 ANOS 2

SEMPRE TIVE ESSE PROBLEMA 5

NS 8

NR 9

C.12b5

O(a) Sr(a) toma alguma medicação para ajudá-lo(a) a evacuar?

C. 131

SIM, DIARIAMENTE 1

SIM, DUAS OU TRÊS VEZES POR SEMANA 2

SIM, QUANDO ACHO NECESSÁRIO 3

NÃO 4

NS 8

C.12b6

O(a) Sr(a) faz algum tipo de dieta para ajudá-lo(a) a evacuar?

C. 132

SIM,, CONSTANTEMENTE 1

SIM, QUANDO ACHO NECESSÁRIO 2

NÃO 3

NS 8

NR 9

C.20

Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que tem algum problema nervoso ou psiquiátrico ? (Excluir depressão)

C. 133

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

C. 140

C.20a

Em comparação com 12 meses atrás, seu problema nervoso ou psiquiátrico está melhor, igual ou pior?

C. 134

MELHOR 1

IGUAL 2

PIOR 3

NS 8

NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.20b

O(a) Sr(a) faz tratamento psiquiátrico ou psicológico por esses problemas?

C. 135

SIM	1 →	C. 137
NÃO	2	
NS	8	
NR	9	

C.20b1

Porque o(a)Sr(a) não está fazendo tratamento?

C. 136

NÃO SINTO NECESSIDADE	1
O MÉDICO NÃO INDICOU	2
NÃO FUI AO MÉDICO	3
NÃO TENHO COMO PAGAR	4
NÃO TEM QUEM O(A) LEVE (PORQUE NÃO PODE SAIR SOZINHO).....	5
FALTA DE TRANSPORTE	6
OUTRO	7
NS	98
NR	99

C.20b2

Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que tem depressão?

C. 137

SIM	1	C. 140
NÃO	2	
NS	8	
NR	9	

C.20c

Durante os últimos 12 meses, o(a) sr(a) tomou algum remédio para depressão?

C. 138

SIM	1 →	C. 140
NÃO	2	C. 140
NS	8	
NR	9	

C.20b3

Porque o(a) Sr.(a) não está tomando a medicação?

C. 139

NÃO SINTO NECESSIDADE	1
O MÉDICO NÃO INDICOU	2
NÃO FUI AO MÉDICO	3
NÃO TENHO COMO PAGAR	4
NÃO TENHO QUEM VÁ BUSCAR PARA MIM	5
NÃO TIVE TRANSPORTE	6
NÃO GOSTO DE REMÉDIO/INJEÇÃO	7
NÃO ME SINTO BEM QUANDO TOMO	8
OUTRO	9
NS	98
NR	99

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE (GDS)

AGORA PENSE NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS E DIGA COMO SE SENTIU NA MAIOR PARTE DO TEMPO NESSE PERÍODO...

(APLICAR SOMENTE AO IDOSO)		SIM	NÃO	NS	NR
C.21a	O(a) Sr.(a) está basicamente satisfeito com a sua vida? C. 140	1	2	8	9
C.21b	Tem diminuído ou abandonado muitos dos seus interesses ou atividades anteriores? C. 141	1	2	8	9
C.21c	Sente que sua vida está vazia? C. 142	1	2	8	9
C.21d	Tem estado aborrecido freqüentemente? C. 143	1	2	8	9
C.21e	Tem estado de bom humor a maior parte do tempo? C. 144	1	2	8	9
C.21f	Tem estado preocupado ou tem medo de que alguma coisa ruim vá lhe acontecer? C. 145	1	2	8	9
C.21g	Sente-se feliz a maior parte do tempo? C. 146	1	2	8	9
C.21h	Com freqüência se sente desamparado ou desvalido? C. 147	1	2	8	9
C.21i	Tem preferido ficar em casa em vez de sair e fazer coisas? C. 148	1	2	8	9
C.21j	Tem sentido que tem mais problemas com a memória do que outras pessoas de sua idade? C. 149	1	2	8	9
C.21k	O(a) sr(a) acredita que é maravilhoso estar vivo? C. 150	1	2	8	9
C.21l	Sente-se inútil ou desvalorizado em sua situação atual? C. 151	1	2	8	9
C.21m	Sente-se cheio de energia? C. 152	1	2	8	9
C.21n	Se sente sem esperança diante da sua situação atual? C. 153	1	2	8	9
C.21o	O(a) sr(a) acredita que as outras pessoas estão em situação melhor? C. 154	1	2	8	9

C.21p
As perguntas C.21a a C.21o foram realizadas com um informante substituto? **C. 155**

SIM 1
NÃO 2

C.6
Alguma vez um médico lhe disse que o(a) Sr(a) tem câncer ou tumor maligno, excluindo tumores menores da pele? **C. 156**

SIM 1
NÃO 2
NS 8
NR 9 } **C. 165**

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.13g_1

Com que frequência, na última semana, o(a) Sr(a) sentiu que tudo que fez exigiu um grande esforço?

C. 174

RARAMENTE OU NENHUMA VEZ (menos de 1 dia)	1
POUCAS VEZES (1-2 dias)	2
UMA QUANTIDADE MODERADA DE TEMPO(3-4 dias)	3
A MAIOR PARTE DO TEMPO	4
NS	8
NR	9

C.13g_2

Com que frequência, na última semana, o(a) Sr(a) sentiu que não conseguiria levar adiante as suas coisas?.

C. 175

RARAMENTE OU NENHUMA VEZ (menos de 1 dia)	1
POUCAS VEZES (1-2 dias)	2
UMA QUANTIDADE MODERADA DE TEMPO(3-4 dias)	3
A MAIOR PARTE DO TEMPO	4
NS	8
NR	9

AGORA GOSTARIA DE SABER ALGUNS DETALHES SOBRE A SAÚDE DOS OLHOS, OUVIDOS E BOCA

C.14a

Usa óculos ou lentes de contato para enxergar de longe?

C. 176

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

C.14b_1

Normalmente como é sua visão para enxergar as coisas à distância?

Usando óculos ou lentes, ou... sem óculos (se não usa)

(utilize a redação conforme a situação)

C. 177

MUITO BOA	2
BOA	3
REGULAR	4
RUIM	7
MUITO RUIM	10
CEGO.....	6
NS	8
NR	9

C.14

Use a prancha com o optotipo (E) a uma distância de 3 metros mostrando nas 4 posições (ambiente iluminado, com os dois olhos abertos)

C. 178

ACERTOU.....	1
NÃO ACERTOU.....	2

NOTA: ADMITE-SE SOMENTE UM ERRO

C.14d

O(a) Sr(a) usa óculos ou lentes de contato para enxergar de perto?

C. 179

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9


C.14e

Normalmente, como é sua visão para ver de perto?

Usando óculos ou lentes ou... sem óculos (se não usa)

(Utilize a redação conforme a situação)

C. 180

MUITO BOA	2
BOA	3
REGULAR	4
RUIM	7
MUITO RUIM	10
CEGO.....	6
SABE A CAUSA?	
_____ 	
NS	8
NR	9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.14f

Algum profissional de saúde já lhe disse que o(a) Sr(a) tem catarata?

C. 181

SIM, JÁ FOI OPERADO (A)	3	→	C. 183
SIM, NÃO FOI OPERADO.....	4		
NÃO	2	}	C. 184
NS	8		
NR	9		

C.14f1

Porquê o(a) Sr(a) não foi operado(a) de catarata?

C. 182

NÃO FOI INDICADO	1	}	C. 184
PREFERIU NÃO FAZER	2		
NÃO HAVIA VAGA	8		
NÃO PODIA PAGAR.....	4		
OUTR OS (ESPECIFIQUE)	5		
NS.....	8		
NR.....	9		

C.14g

O(a) Sr(a) sabe se lhe puseram lentes intraoculares?

C. 183

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

C.14h

Algum profissional de saúde já lhe disse que o Sr. (a) tem glaucoma?

C. 184

SIM, MAS NÃO FAZ TRATAMENTO.....	3	}	C. 186
SIM, E FAZ TRATAMENTO	4		
NÃO	2		
NS	8		
NR	9		

C.14i

Porquê o(a) Sr.(a) não está fazendo tratamento para glaucoma?

C. 185

NÃO SENTE NECESSIDADE	1
O MÉDICO NÃO INDICOU.....	2
NÃO FOI AO MÉDICO	3
NÃO TINHA COMO PAGAR.....	4
NÃO TINHA QUEM O(A) LEVASSE	5
FALTA DE TRANSPORTE.....	6
NÃO GOSTA DO MEDICAMENTO.....	7
NÃO SE SENTE BEM QUANDO USA	8
NS	98
NR	99

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.15

O(a) Sr(a) usa algum tipo de aparelho para ouvir melhor?

C. 186

SIM	1	→ C. 188
NÃO	2	
NS	8	
NR	9	

C.15b

O(a) Sr(a) não usa aparelho porque?

C. 187

NÃO PRECISA	1	} C. 191
NUNCA FOI INDICADO.....	2	
FOI INDICADO MAS NÃO SE ACOSTUMOU.....	3	
FOI INDICADO MAS NÃO TEVE DINHEIRO PARA COMPRAR.....	4	
NS	8	
NR	9	

C.15c

Como o(a) Sr.(a) adquiriu seu aparelho?

C. 188

O(A) PRÓPRIO(A) IDOSO(A) PAGOU	1
OUTRA PESSOA PAGOU.....	2
PELO SISTEMA PÚBLICO (SUS).....	3
PELO CONVÊNIO/PLANO DE SAÚDE	4
OUTROS _____	5
<i>ESPECIFIQUE</i>	
NS.....	8
NR.....	9

C.15d

O(a) Sr.(a) recebeu algum treinamento especial para usar o aparelho?

C. 189

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

C.15e

O(a) Sr.(a) recebeu algum seguimento para controle do funcionamento do aparelho?

C. 190

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

C.15a

Em geral, como o(a) Sr(a) diria que é a sua audição (com ou sem aparelho de audição)?

C. 191

EXCELENTE	1
MUITO BOA	2
BOA	3
REGULAR	4
MÁ	5
SURDO(A)	6
NS	8
NR	9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

Agora vamos falar da boca e dos seus dentes.

C.16

Falta-lhe algum dente?

C.192

SIM 1
 NÃO 4
 NS 8
 NR 9

C.197

C.16_1

Porque o(a) Sr(a) acha que perdeu os dentes?

C.193

NS 8
 NR 9

C.16b

Quando o(a) Sr(a) foi ao dentista pela última vez?

C.194

MENOS DE 1 ANO 1
 DE 1 A 2 ANOS 2
 3 ANOS OU MAIS 3
 NUNCA FOI AO DENTISTA 4
 NS 8
 NR 9

C.16c

Para que foi ao dentista pela última vez?

C.195

URGÊNCIA 1
 TRATAMENTO 2
 MANUTENÇÃO 3
 NS 8
 NR 9

C.16d

O(a) Sr(a) diria que sua saúde bucal é muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?

C.196

MUITO BOA 2
 BOA 3
 REGULAR 4
 RUIM 6
 MUITO RUIM 7
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

AGORA GOSTARIA QUE ME RESPONDESSE SE O QUE LHE PERGUNTO ACONTECEU SEMPRE, FREQUENTEMENTE, ALGUMAS VEZES, RARAMENTE OU NUNCA, NOS ÚLTIMOS 12 MESES.

Sempre: a situação ocorre nos 7 dias da semana

Frequentemente: a situação ocorre de 3 a 6 dias por semana

Algumas vezes: a situação ocorre de 1 a 2 vezes por semana

Raramente: a situação ocorre menos de 1 vez por semana mas ocorre em algumas ocasiões

Nunca: a situação não ocorre em nenhum momento

Nos últimos 12 meses...	Sempre	Frequen- temente	Algumas vezes	Raramente	Nunca	NS	NR
C.17 Nos últimos 12 meses, com que frequência teve que comer menos ou mudar de comida por causa dos seus dentes, pontes ou dentadura postiça? C. 197	1	2	3	4	5	8	9
C.17a Quantas vezes teve problemas para mastigar comidas duras como carne ou maçã? C. 198	1	2	3	4	5	8	9
C.17b Quantas vezes conseguiu engolir bem? C. 199	1	2	3	4	5	8	9
C.17c Quantas vezes não conseguiu falar bem por causa dos seus dentes ou dentadura? C. 200	1	2	3	4	5	8	9
C.17d Quantas vezes não conseguiu comer as coisas que queria por ter algum problema com seus dentes ou com sua dentadura? C. 201	1	2	3	4	5	8	9
C.17e Quantas vezes não quis sair à rua ou falar com outras pessoas por causa de seus dentes ou da sua dentadura? C. 202	1	2	3	4	5	8	9
C.17f Quando se olha no espelho, quantas vezes esteve contente com seus dentes ou dentadura? C. 203	1	2	3	4	5	8	9
C.17g Quantas vezes teve que usar algum remédio para aliviar a dor de seus dentes ou os problemas na sua boca? C. 204	1	2	3	4	5	8	9
C.17h Quantas vezes esteve preocupado ou se deu conta de que seus dentes ou sua dentadura não estão bem? C. 205	1	2	3	4	5	8	9
C.17i Quantas vezes ficou nervoso por problemas de dentes ou da dentadura? C. 206	1	2	3	4	5	8	9
C.17j Quantas vezes não comeu como queria diante de outras pessoas por causa dos seus dentes ou da dentadura? C. 207	1	2	3	4	5	8	9
C.17k Quantas vezes teve dor nos dentes por causa de alimentos frios, quentes ou doces? C. 208	1	2	3	4	5	8	9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.18 FILTRO

SEXO DO ENTREVISTADO

C. 209

MULHER..... 1

HOMEM..... 2 → **C. 225**

C.18a

Nos últimos dois anos, a senhora examinou seus seios, regularmente, para ver se tinha "nódulos" (bolinhas ou tumores)?

C. 210

SIM..... 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

C.18b

Nos dois últimos anos, um profissional de saúde examinou a sra. para ver se tinha "nódulos" nos seios?

C. 211

SIM..... 1

NÃO 2

NÃO SE APLICA (mastectomia bilateral) 3 → **C. 214**

NS 8

NR 9

C.18c

Nos dois últimos anos a senhora fez mamografia ou raio-x dos seios (mamas)?

C. 212

SIM..... 1 → **C. 214**

NÃO 2

NS 8

NR 9

C.18c1

Porque a Sra. não fez a mamografia ou raio-x?

C. 213

O MÉDICO NÃO INDICOU..... 1

NÃO SENTIU NECESSIDADE 2

NÃO FOI AO MÉDICO 3

NÃO TINHA COMO PAGAR 4

NÃO TINHA QUEM A LEVASSE 5

FALTA DE TRANSPORTE..... 6

PORQUE TEVE MEDO (DO EXAME/RESULTADO) 7

NÃO TINHA VAGA 8

NÃO TINHA SERVIÇO DISPONÍVEL FUNCIONANDO 9

OUTRO 10

ESPECIFIQUE

NS 98

NR 99

C.18d

Nos dois últimos anos a senhora fez o teste de Papanicolau, ou seja, o exame para determinar se tem câncer no colo do útero?

C. 214

SIM..... 1 → **C. 216**

NÃO 2

NS 8

NR 9

C.18d1

Porque a Sra. não fez?

C. 215

O MÉDICO NÃO INDICOU..... 1

NÃO SENTIU NECESSIDADE 2

NÃO FOI AO MÉDICO 3

NÃO TINHA COMO PAGAR 4

NÃO TINHA QUEM A LEVASSE 5

FALTA DE TRANSPORTE..... 6

PORQUE TEVE MEDO (DO EXAME/RESULTADO) 7

NÃO TINHA VAGA 8

NÃO TINHA SERVIÇO DISPONÍVEL FUNCIONANDO 9

OUTRO 10

ESPECIFIQUE

NS 98

NR 99

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.18e

A senhora fez alguma cirurgia para tirar o útero e/ou os ovários?

C. 216

SIM, ÚTERO E OVÁRIOS 1
 SIM, APENAS ÚTERO 2
 SIM, APENAS OVÁRIOS 4
 NÃO 3
 NS 8
 NR 9

C. 218

C.18f

Que idade tinha quando foi realizada essa cirurgia?

C. 217

IDADE |__|__| anos
 NS 998
 NR 999

C.18g

Que idade tinha quando menstruou pela última vez?

C. 218

IDADE |__|__| anos
 AINDA MENSTRUA 00
 NS 98
 NR 99

C.18h

A senhora tomou alguma vez ou toma atualmente estrógeno, isto é, hormônio de mulher para a menopausa, através de comprimidos, adesivos (emplastos) ou creme?

C. 219

SIM 1
 NÃO 2 →
 NS 8
 NR 9

C. 224

C. 230

C.18i

Com que idade começou a tomar hormônios para a menopausa?

C. 220

IDADE |__|__| anos

C.18j

A senhora está, atualmente, tomando estrógeno, isto é hormônio de mulher?

C. 221

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C. 224

C.18k

Há quanto tempo a senhora está tomando estrógeno?

C. 222

NÚMERO DE MESES
 |__|__|
 1 - 4 ANOS 13
 5 - 9 ANOS 14
 10 ANOS E MAIS 15
 NS 98

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.18l

Porque a Sra. não toma ou tomou hormônio de mulher (estrogeno)?

C. 224

- OMÉDICONÃO INDICOU..... 1
- NÃO SENTIU NECESSIDADE 2
- NÃO FOI AO MÉDICO 3
- NÃO TINHA COMO PAGAR 4
- NÃO TINHA QUEM FOSSE BUSCAR 5
- FALTA DE TRANSPORTE..... 6
- NÃO GOSTA 7
- NÃO SE SENTE BEM QUANTO TOMA 8
- OUTRO _____ 10
- ESPECIFIQUE*
- NS 98
- NR 99

C. 230

AS PERGUNTAS C.225 A C.229 DEVEM SER FEITAS SOMENTE PARA OS IDOSOS DO SEXO MASCULINO.

C.19

Nos últimos 2 anos, alguma vez o Sr. fez algum exame da próstata?

C. 225

- SIM 1
- NÃO 2
- NS 8
- NR 9

C. 227

C.19e

Que tipo de exame o Sr. fez?

ASSINALE TODAS AS CITADAS

C. 226

- TOQUE RETAL 1
- ULTRASSONOGRRAFIA 2
- EXAME DE SANGUE 3
- TOQUE RETAL E ULTRASSONOGRRAFIA 4
- TOQUE RETAL E EXAME DE SANGUE 5
- ULTRASSONOGRRAFIA E EXAME DE SANGUE 6
- TOQUE RETAL, ULTRASSONOGRRAFIA E EXAME DE SANGUE 7
- NS 8
- NR 9

C. 228

C.19f

Porque o Sr. não fez?

C. 227

- O MÉDICO NÃO INDICOU..... 1
- NÃO SENTIU NECESSIDADE 2
- NÃO FOI AO MÉDICO 3
- NÃO TINHA COMO PAGAR 4
- NÃO TINHA QUEM O LEVASSE 5
- FALTA DE TRANSPORTE..... 6
- PORQUE TEVE MEDO (DO EXAME/RESULTADO) 7
- NÃO TINHA VAGA 8
- NÃO TINHA SERVIÇO DISPONÍVEL FUNCIONANDO 9
- OUTRO _____ 10
- ESPECIFIQUE*
- NS 98
- NR 99

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.19g

O Sr. fez cirurgia para retirar a próstata?

C. 228

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C. 230

C.19h

Que idade tinha quando foi realizada essa cirurgia?

C. 229

IDADE | | anos
 NS 998
 NR 999

**AGORA GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA VIDA SEXUAL. A SEXUALIDADE É UMA PARTE NATURAL E IMPORTANTE DE TODAS AS ETAPAS DE NOSSA VIDA. GOSTARIA DE LEMBRÁ-LO(A) QUE TODAS AS SUAS RESPOSTAS SERÃO CONFIDENCIAIS E O SR. PODE SE RECUSAR A RESPON-
 DER.**

C.19_1

Pensando em sua vida inteira, em geral, quanto foi importante para o(a) Sr(a) a sua vida sexual?

C. 230

MUITO IMPORTANTE 1
 IMPORTANTE 2
 NÃO MUITO IMPORTANTE 3
 NÃO TEVE VIDA SEXUAL ATIVA 4
 NS 8
 NR 9

C.19_2

Pensando em como se sente agora, em geral, quanto tem sido importante para o(a) Sr(a) a sua vida sexual?

C. 231

MUITO IMPORTANTE 1
 IMPORTANTE 2
 NÃO MUITO IMPORTANTE 3
 NÃO TEM VIDA SEXUAL ATIVA 4
 NS 8
 NR 9

C.19_3

No último ano o(a) Sr(a) manteve algum tipo de atividade sexual?

C. 232

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C. 234

C.19_4

Com que frequência ocorre essa atividade sexual citada?

C. 233

2 OU 3 VEZES POR SEMANA 1
 UMA VEZ POR SEMANA 2
 2 OU 3 VEZES POR MÊS 3
 UMA VEZ AO MÊS OU MENOS 4
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.19_5

Quão satisfeito(a) o(a) Sr(a) diria que está com seu nível de atividade sexual?

C. 234

MUITO SATISFEITO(A) 1
 SATISFEITO(A) 2
 NADA SATISFEITO(A) 3
 NS 8
 NR 9

C.19_6

Alguma vez um médico ou enfermeira lhe disse que o(a) Sr(a) é portador do vírus da AIDS (HIV +) ou tem AIDS?

C. 235

SIM, É PORTADOR DO VÍRUS 1
 SIM, TEM AIDS 2
 NÃO 3
 NS 8
 NR 9

C. 241

C.19_7

Com que idade ou em que ano foi diagnosticado?

C. 236

IDADE | | | | anos
 ANO | | | | | | | |
 NS 8
 NR 9

C.19_8

O(a) Sr(a) toma algum medicamento para esse problema?

C. 237

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C. 239

C. 239

C.19_9

Porquê não?

C. 238

NÃO SINTO NECESSIDADE 1
 O MÉDICO NÃO INDICOU 2
 NÃO FUI AO MÉDICO 3
 NÃO TENHO COMO PAGAR 4
 NÃO TENHO QUEM VÁ BUSCAR 5
 FALTA DE TRANSPORTE 6
 NÃO GOSTO DE REMÉDIO/INJEÇÃO 7
 NÃO ME SINTO BEM QUANDO TOMO 8
 OUTRO 9
ESPECIFIQUE
 NS 98
 NR 99

C.19_10

O Sr.(a) costuma ir ao serviço de saúde por causa desse problema?

C. 239

SIM, VÁRIAS VEZES NA SEMANA 1
 SIM, MENSALMENTE 2
 SIM, A CADA 2 OU 3 MESES 3
 SEIM, A CADA 6 MESES 4
 SIM, PELO MENOS UMA VEZ POR ANO 5
 SIM, QUANDO NECESSÁRIO 6
 NÃO 7
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.19_11

O Sr(a) já foi internado em um hospital POR PELO MENOS UMA NOITE por causa desse problema?

C. 240

- NUNCA 1
- SIM, UMA VEZ..... 2
- SIM, DUAS OU TRÊS VEZES..... 3
- SIM, MAIS DE TRÊS VEZES..... 4
- NS 8
- NR 9

C.19_12

Alguma vez um médico ou enfermeira lhe disse que o(a) Sr(a) é portador do vírus da HEPATITE ou tem HEPATITE?

C. 241

- SIM, É PORTADOR DO VÍRUS 1
- SIM, TEM HEPATITE 2
- NÃO 3
- NS 8
- NR 9

C. 247

C.19_13

Com que idade ou em que ano foi diagnosticado?

C. 242

- IDADE | | | | anos
- ANO | | | | |
- NS 8
- NR 9

C.19_14

O(a) Sr(a) toma algum medicamento para esse problema?

C. 243

- SIM 1 →
- NÃO 2
- NS 8
- NR 9

C. 245

C.19_15

Porquê não?

C. 244

- NÃO SINTO NECESSIDADE..... 1
- O MÉDICO NÃO INDICOU..... 2
- NÃO FUI AO MÉDICO..... 3
- NÃO TENHO COMO PAGAR..... 4
- NÃO TENHO QUEM VÁ BUSCAR 5
- FALTA DE TRANSPORTE..... 6
- NÃO GOSTO DE REMÉDIO/INJEÇÃO..... 7
- NÃO ME SINTO BEM QUANDO TOMO..... 8
- OUTRO..... 9
- ESPECIFIQUE*
- NS 98
- NR 99

C.19_16

O Sr.(a) costuma ir ao serviço de saúde por causa desse problema?(Hepatite)

C. 245

- SIM, VÁRIAS VEZES NA SEMANA..... 1
- SIM, MENSALMENTE..... 2
- SIM, A CADA 2 OU 3 MESES..... 3
- SIM, A CADA 6 MESES 4
- SIM, PELO MENOS UMA VEZ POR ANO..... 5
- SIM, QUANDO NECESSÁRIO..... 6
- NÃO 7
- NS 8
- NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.19_17

O Sr(a) já foi internado em um hospital POR PELO MENOS UMA NOITE por causa desse problema? (Hepatite)

C. 246

- NUNCA 1
- SIM, UMA VEZ..... 2
- SIM, DUAS OU TRÊS VEZES..... 3
- SIM, MAIS DE TRÊS VEZES..... 4
- NS 8
- NR 9

C.19_18

Depois que o(a) Sr(a) completou 60 anos, alguma vez um médico ou enfermeira lhe disse que o(a) Sr(a) era portador de alguma outra doença sexualmente transmissível (exceto AIDS)?

C. 247

- SIM 1
- _____ *ESPECIFIQUE* _____
- NÃO 2
- NS 8
- NR 9

C. 251

C.19_19

Com que idade ou em que ano esse problema foi diagnosticado?

C. 248

- IDADE |__|__|anos
- ANO |__|__|__|__|
- NS 8
- NR 9

C.19_20

O(a) Sr(a) tomou algum medicamento para esse problema?

C. 249

- SIM 1 →
- NÃO 2
- NS 8
- NR 9

C. 251

C. 251

C.19_21

Porquê não?

C. 250

- NÃO SENTI NECESSIDADE..... 1
- O MÉDICO NÃO INDICOU..... 2
- NÃO FUI AO MÉDICO..... 3
- NÃO TINHA COMO PAGAR..... 4
- NÃO TINHA QUEM FOSSE BUSCAR 5
- FALTA DE TRANSPORTE..... 6
- NÃO GOSTO DE REMÉDIO/INJEÇÃO..... 7
- NÃO ME SINTIA BEM QUANDO TOMAVA..... 8
- OUTRO _____ 9
- _____ *ESPECIFIQUE* _____
- NS 98
- NR 99

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

OS ESTUDOS FEITOS MOSTRAM QUE A NUTRIÇÃO E O ESTILO DE VIDA SÃO FATORES MUITO IMPORTANTES PARA A SAÚDE. POR ISSO GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA ALIMENTAÇÃO.

C.22a

Quantas refeições o(a) Sr(a) faz por dia?

CONSIDERAR O CAFÉ DA MANHÃ COMO UMA REFEIÇÃO

C. 251

UMA 1

DUAS 2

TRÊS OU MAIS 3

NS 8

NR 9

C.22b

Consome leite, queijo ou outros produtos lácteos pelo menos uma vez por dia?

C. 252

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

C.22c

Come ovos, feijão, lentilhas ou soja, pelo menos uma vez por semana?

C. 253

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

C.22d

Come carne, peixe ou frango pelo menos três vezes por semana?

C. 254

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

C.22e

Come frutas, verduras ou legumes pelo menos duas vezes por dia?

C. 255

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

C.22f

Tem comido menos por problemas digestivos ou falta de apetite ou dificuldade de mastigação ou de engolir nos últimos 3 meses?

C. 256

SIM, MUITO 1

NÃO 2

SIM, MAIS OU MENOS 3

NS 8

NR 9

C.22g

Quantos copos ou xícaras de líquido consome diariamente? (incluir água, café, chá, leite, suco etc.)

C. 257

MENOS DE 3 COPOS 1

DE 3 A 5 COPOS 2

MAIS DE 5 COPOS 3

NS 8

NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.22h_1

Nos últimos 3 meses, tem diminuído de peso sem fazer nenhuma dieta?

C. 258

SIM....Quantos quilos?

ENTRE 1 E 3 kg 1
 MAIS DE 3 kg 2
 NÃO PERDEU 3
 NS 8
 NR 9

C.22i

Com relação a seu estado nutricional o(a) Sr(a) se considera bem nutrido?

C. 259

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.23

Nos últimos três meses, em média, quantos dias por semana tomou bebidas alcoólicas? (Por exemplo: cerveja, vinho, aguardente ou outras bebidas que contenham álcool).

C. 260

NENHUM 1 → **C.272**
 MENOS DE 1 DIA POR SEMANA 2
 1 DIA POR SEMANA 3
 2-3 DIAS POR SEMANA 4
 4-6 DIAS POR SEMANA 5
 TODOS OS DIAS 6
 NS 8
 NR 9

C.23a

Nos últimos três meses, nos dias em que tomou bebida alcoólica, quantos copos de vinho, cervejas, aguardente ou outra bebida tomou, em média, por dia?

C. 261

COPOS DE VINHO |__|__|
 CERVEJAS |__|__|
 OUTRA BEBIDA |__|__|
 NS 98
 NR 99

S-MAST-G

Versão geriátrica do teste Michigan reduzido de triagem para alcoolismo

C.23b.

C. 262

Quando fala com outras pessoas, o sr. sempre subestima quanto bebe?

C.23c.

C. 263

Depois de algumas doses, o sr. às vezes não come ou é capaz de pular uma refeição porque não sente fome?

C.23d

C. 264

Tomar algumas doses ajuda a diminuir os seus tremores?

C.23e

C. 265

O álcool às vezes dificulta a lembrança de partes do dia ou da noite?

C.23f

C. 266

O sr. usualmente toma uma bebida para relaxar ou acalmar os nervos?

C.23g.

C. 267

O sr bebe para esquecer os seus problemas?

C.23h.

C. 268

O sr alguma vez aumentou a bebida depois de ter uma perda na sua vida?

C.23i.

C. 269

Alguma vez um médico ou enfermeira falou que estava preocupado com o seu hábito de beber?

C.23j.

C. 270

Alguma vez o sr. fez regras para administrar o seu hábito de beber?

C.23k

C.271

Quando o sr. se sente só, tomar uma bebida melhora?

SIM	NÃO
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2

SOME AS RESPOSTAS "SIM" DANDO UM PONTO PARA CADA UMA (0-10) _____

Score: 2 ou mais "sim" indicam problema com álcool.

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.24

O Sr. tem ou teve o hábito de fumar?

LEIA CADA OPÇÃO ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA.

C. 272

- FUMA ATUALMENTE 1
- JÁ FUMOU, MAS NÃO FUMA MAIS 2 → **C. 274**
- NUNCA FUMOU 3
- NS 8
- NR 9

C. 274

C. 275

C.24a

Quantos cigarros, charutos ou cachimbos fuma habitualmente por dia?

DEFINIÇÃO: UM MAÇO=20 CIGARROS

C. 273

- CIGARROS POR DIA | | | |
- CACHIMBOS | | | |
- CHARUTOS | | | |

C. 274a

C.24b

Há quantos anos deixou de fumar?

SE DEIXOU DE FUMAR HÁ MENOS DE UM ANO, ANOTE "00"

C. 274

- HÁ QUANTOS ANOS: | | | |
- IDADE EM ANOS: | | | |
- ANO | | | |
- NS 9998
- NR 9999

C.24c

Que idade tinha quando começou a fumar?

C. 274a

- HÁ QUANTOS ANOS: | | | |
- IDADE EM ANOS: | | | |
- ANO | | | |
- NS 9998
- NR 9999

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

Nós estamos interessados em saber como são as suas atividades físicas no dia-a-dia. Suas respostas nos ajudarão a entender quão ativas as pessoas idosas são. As perguntas a seguir dizem respeito ao tempo que o(a) Sr(a) gastou fazendo atividade(s) física(s) na **ÚLTIMA SEMANA**. Essas perguntas incluem as atividades que o(a) Sr(a) fez no seu trabalho, para ir de um lugar a outro, no lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são muito importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo(a).

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.

C.25c C. 275

Quantos dias da última semana o(a) Sr(a) **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

NÚMERO DE DIAS NA SEMANA: |__| | dias

NENHUM DIA 0 → C. 277

NS 8

NR 9

C.25d C. 276

Nesses dias em que o(a) Sr(a) caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo, **NO TOTAL**, o(a) Sr(a) gastou caminhando por dia?

NÚMERO DE HORAS: |__| | horas

NÚMERO DE MINUTOS |__| | minutos

NS 8

NR 9

C.25e C. 277

Quantos dias da última semana o(a) Sr(a) realizou **ATIVIDADES MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos como, por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar volei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos em casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim ou, qualquer atividade que fez aumentar **MODERADAMENTE** sua respiração ou batimentos do coração (**NÃO INCLUA A CAMINHADA**)?

NÚMERO DE DIAS NA SEMANA: |__| | dias

NENHUM DIA 0 → C. 279

NS 8

NR 9

Relacione a(s) atividade(s) citada(s):

C.25f C. 278

Nesses dias em que o(a) Sr(a) fez essas **ATIVIDADES MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo, **NO TOTAL**, o(a) Sr(a) gastou com essas atividades por dia?

NÚMERO DE HORAS: |__| | horas

NÚMERO DE MINUTOS |__| | minutos

NS 8

NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.25g

C. 279

Quantos dias da última semana o(a) Sr(a) realizou **ATIVIDADES VIGOROSAS** por pelo menos **10 minutos contínuos** como, por exemplo, CORRER, FAZER GINÁSTICA AERÓBICA, JOGAR FUTEBOOL, PEDALAR RÁPIDO NA BICICLETA, FAZER ESTEIRA, JOGAR BASQUETE, FAZER EXERCÍCIOS DOMÉSTICOS PESADOS EM CASA, NO QUINTAL OU NO JARDIM, CARREGAR PESOS ELEVADOS ou, qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração (NÃO INCLUA A CAMINHADA)?

NÚMERO DE DIAS NA SEMANA: |___| dias

NENHUM DIA 0 →

NS 8

NR 9

C. 281

Relacione a(s) atividade(s) citada(s):



C.25h

C. 280

Nesses dias em que o(a) Sr(a) fez essas **ATIVIDADES VIGOROSAS** por pelo menos **10 minutos contínuos** quanto tempo, **NO TOTAL**, o(a) Sr(a) gastou com essas atividades por dia?

NÚMERO DE HORAS: |___| horas

NÚMERO DE MINUTOS |___| minutos

NS 8

NR 9

AS PRÓXIMAS QUESTÕES SÃO SOBRE O TEMPO QUE O(A) SR(A) PERMANECE SENTADO DURANTE TODO O DIA, NO TRABALHO, EM CASA, DURANTE SEU TEMPO LIVRE. ISSO INCLUI O TEMPO SENTADO LENDO, DESCANSANDO, VISITANDO UM(A) AMIGO(A), ASSISTINDO TELEVISÃO (SENTADO OU DEITADO), USANDO UM COMPUTADOR. (NÃO INCLUIR O TEMPO SENTADO EM TRANSPORTE DE ÔNIBUS, TREM, METRÔ OU CARRO)

C.25i

C. 281

Quanto tempo, no total, o(a) Sr(a) gasta, **SENTADO(A)**, durante **UM DIA NA SEMANA**?

NÚMERO DE HORAS: |___| horas

NÚMERO DE MINUTOS |___| minutos

NS 8

NR 9

C.25j

C. 282

Quanto tempo, no total, o(a) Sr(a) gasta, **SENTADO(A)**, durante **UM DIA DE FINAL DE SEMANA (SÁBADO OU DOMINGO)**?

NÚMERO DE HORAS: |___| horas

NÚMERO DE MINUTOS |___| minutos

NS 8

NR 9

C.25b

C. 283

Nos últimos 12 meses, realizou regularmente, para se distrair, algum trabalho manual, artesanato ou atividade artística, pelo menos uma vez por semana?

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.1

As perguntas da Seção D serão respondidas:

D. 01

- PELO PRÓPRIO IDOSO 1
- IDOSO E INFORMANTE AUXILIAR 2
- INFORMANTE SUBSTITUTO 3

Precisamos entender as dificuldades que algumas pessoas têm em realizar certas atividades que são importantes para a vida diária DEVIDO A ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE. O(a) Sr(a) poderia me dizer, por favor, se encontra alguma dificuldade (atualmente) em fazer cada uma das seguintes atividades que vou dizer. **NÃO CONSIDERE QUALQUER PROBLEMA QUE O(a) SR(a) ESPERA QUE DURE MENOS DE TRÊS MESES.**

D

O(a)idoso(a) é?

D. 02

- DEAMBULANTE 1 →
- ACAMADO 2
- CADEIRANTE 3
- NS 8
- NR 9

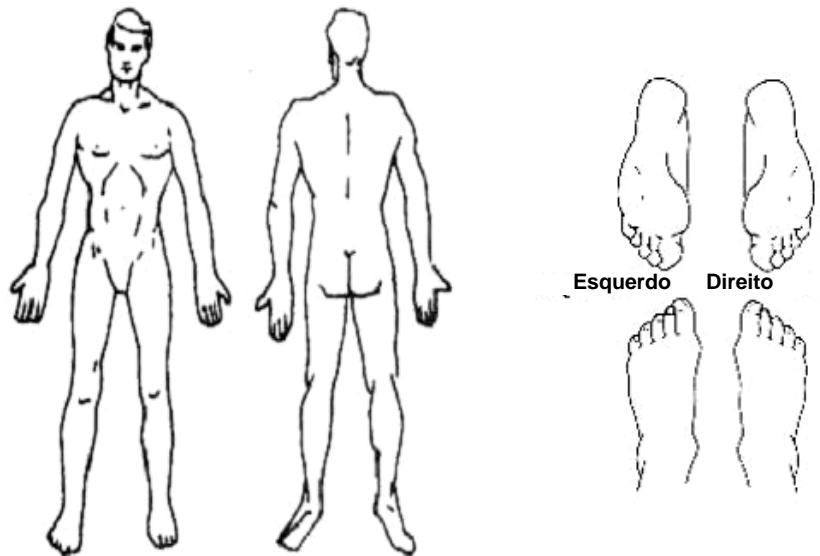
VÁ PARA
D. 04

D0

Pelo fato de estar acamado(a), ou na cadeira de rodas, desenvolveu algum tipo de lesão de pele (ferida)? Se sim, onde?

D. 03

- SIM 1



- NÃO 2
- NS 8
- NR 9

CÓDIGOS:

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

	SIM	NÃO	NÃO PODE	PODE MAS NÃO FAZ	NR
D.1a D. 04 Tem alguma dificuldade em correr ou trotar um quilômetro e meio ou 15 quadras?	1	2	3	4	9
D.1b D. 05 Tem dificuldade em caminhar várias ruas (quadras)?	1	2	3	4	9
D.1c D. 06 Tem alguma dificuldade em caminhar uma rua (quadra)?	1	2	3	4	9
D.2 D. 07 Tem dificuldade em ficar sentado(a) durante duas horas?	1	2	3	4	9
D.3 D. 08 Tem dificuldade em se levantar de uma cadeira, depois de ficar sentado(a) durante longo período?	1	2	3	4	9
D.4 D. 09 Encontra alguma dificuldade em subir vários lances de escada sem parar para descansar?	1	2	3	4	9
D.5 D. 10 Tem dificuldade em subir um andar pelas escadas sem descansar?	1	2	3	4	9
D.6 D. 11 Tem dificuldade em se curvar, se ajoelhar, ou se agachar?	1	2	3	4	9
D.7 D. 12 Tem dificuldade para estender seus braços acima dos ombros?	1	2	3	4	9
D.8 D. 13 Tem dificuldade para puxar ou empurrar grandes objetos, como uma poltrona?	1	2	3	4	9
D.9 D. 14 Encontra alguma dificuldade em levantar ou carregar pesos maiores que 5kg, como uma sacola de compras pesada?	1	2	3	4	9
D.10 D. 15 Tem dificuldade em levantar uma moeda de uma mesa?	1	2	3	4	9

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL - MIF (NÃO PREENCHER)

Auto Cuidados		
D 10 A. Alimentação	D. 16	
D 10 B. Higiene pessoal	D. 17	
D 10 C. Banho (lavar o corpo)	D. 18	
D 10 D. Vestir-se acima da cintura	D. 19	
D 10 E. Vestir-se abaixo da cintura	D. 20	
D 10 F. Uso do vaso sanitário	D. 21	
Controle de Esfincteres		
D 10 G. Controle da Urina	D. 22	
D 10 H. Controle das Fezes	D. 23	
Mobilidade		
<i>Transferências</i>		
D 10 I. Leito, cadeira, cadeira de rodas	D. 24	
D 10 J. Vaso sanitário	D. 25	
D.10- K. Banheira ou chuveiro	D. 26	
Locomoção		
D.10- L. Marcha/cadeira de rodas	D. 27	m c —
D.10- M. Escadas	D. 28	
Total		
<p>Nota: Não deixe nenhum item em branco; se não for possível de ser testado, marque 1</p>		

	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)	SEM AJUDA
Níveis	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Dependência Mínima (indivíduo \geq 75%) 3 Dependência Moderada (indivíduo \geq 50%) 2 Dependência Máxima (indivíduo \geq 25%) 1 Dependência Total (indivíduo \geq 0%)	COM AJUDA

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

Vou dizer para o(a) Sr(a) algumas atividades da vida diária. Por favor, diga se tem alguma dificuldade em realizá-las DEVIDO A UM PROBLEMA DE SAÚDE. Exclua os problemas que o(a) Sr(a) espera que durem menos de três meses.

D.11

D. 29

O(a) senhor(a) tem dificuldade em atravessar um quarto caminhando?

PRECISA DE SUPERVISÃO? () sim () não

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

D.12a

D. 30

O(a) senhor(a) costuma usar algum aparelho ou instrumento de apoio para atravessar um quarto, caminhando?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
D.41

D.12b

D. 31

Que tipo de aparelho ou meio de apoio o(a) sr.(a) usa?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

CORRIMÃO 01
 ANDADOR 02
 BENGALA 03
 MULETAS 04
 SAPATOS ORTOPÉDICOS 05
 SUPORTE OU REFORÇO(P/PERNAS OU OMBRO) 06
 PRÓTESE 07
 OXIGENIO OU RESPIRADOR 08
 MÓVEIS OU PAREDE COMO APOIO 09
 CADEIRA DE RODAS 10
 OUTRO 11
Especifique
 NS 98
 NR 99

D.12c

D. 32

O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para atravessar um cômodo caminhando?

SE SIM:

O idoso faz mais de 50% da atividade () sim () não
 Quem faz mais força? () idoso () cuidador

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
D. 41

D.12d

D. 33

Quem o(a) ajuda a atravessar um cômodo caminhando?

Nome da pessoa que ajuda

ESPOSO(A) / COMPANHEIRO(A) 1
 FILHO(A) / ENTEADO(A) 2
 PAIS / SOGROS 3
 IRMÃO(S) 4
 GENRO/NORA 5
 NETO(S) 6
 OUTRO FAMILIAR 7
ESPECIFIQUE
 OUTRO NÃO FAMILIAR NÃO REMUNERADO 8
 OUTRO NÃO FAMILIAR REMUNERADO PARA CUIDAR DO IDOSO 9
 EMPREGADA 10
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.12e **D. 34**

_____ **é do sexo?**
(pessoa que ajuda)

FEMININO 2
 MASCULINO 1
 NR 9

D.12f **D. 35**

Qual a idade de _____ **?**
(pessoa que ajuda)

IDADE |__|__| anos
 NS 8
 NR 9

D.12g **D. 36**

Qual o estado civil de _____ **?**
(pessoa que ajuda)

SOLTEIRA(O) 1
 CASADA(O) / AMASIADA(O) 2
 SEPARADA(O)/DESQUITADA(O)/DIVORCIADA(O) 3
 VIÚVA(O) 4
 NS 8
 NR 9

D.12h **D. 37**

O(a) Sr(a) poderia me dizer até que ano _____ **estudou?**
(pessoa que ajuda)

ANALFABETA(O) 1
 ALFABETIZADO(A)..... 2
 NÚMERO DE ANOS ESTUDADOS |__|__| anos
 NS 8
 NR 9

D.12i **D. 38**

Onde _____ **mora?**
(pessoa que ajuda)

MESMA CASA 1
 OUTRA CASA 2
 NS 8
 NR 9

D.12j **D. 39**

Com que frequência _____ **o**
(pessoa que ajuda)
ajuda a atravessar um quarto caminhando?

() dia
 () noite
 () dia e noite

DIARIAMENTE 1
 DIAS ALTERNADOS 2
 PELO MENOS 1 VEZ POR SEMANA 3
 QUANDO NECESSÁRIO 4
 NS 8
 NR 9

D.12k **D. 40**

Há quanto tempo _____ **o(a)**
(pessoa que ajuda)
ajuda nessa atividade?

|__|__| dias
 |__|__| meses
 |__|__| anos
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.13a1 **D. 41**

O(a) senhor(a) encontra dificuldade para vestir a parte de cima do corpo (acima da cintura)?

PRECISA DE SUPERVISÃO OU DE ALGUÉM QUE SEPARE SUA ROUPA?
 sim não

SIM	1	} VÁ PARA D. 43
NÃO	2	
NS	8	
NR	9	

D.13b1 **D. 42**

O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para vestir a parte de cima do corpo (acima da cintura)?

SE SIM:
 O idoso faz mais de 50% da atividade sim não
 Quem faz mais força? idoso cuidador

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

D.13a2 **D. 43**

O(a) senhor(a) encontra dificuldade para vestir a parte de baixo do corpo (abaixo da cintura)?

PRECISA DE SUPERVISÃO OU DE ALGUÉM QUE SEPARE SUA ROUPA?
 sim não

SIM	1	} VÁ PARA D.54
NÃO	2	
NS	8	
NR	9	

D.13b2 **D. 44**

O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para vestir a parte de baixo do corpo (abaixo da cintura)?

SE SIM:
 O idoso faz mais de 50% da atividade sim não
 Quem faz mais força? idoso cuidador

SIM	1	} VÁ PARA D.54
NÃO	2	
NS	8	
NR	9	

D. 45

D.13c

Quem o(a) ajuda a se vestir?

Nome da pessoa que ajuda

ESPOSO(A) / COMPANHEIRO(A)	1
FILHO(A) / ENTEADO(A)	2
PAIS / SOGROS	3
IRMÃO(S)	4
GENRO/NORA	5
NETO(S)	6
OUTRO FAMILIAR	7
<i>ESPECIFIQUE</i>	
OUTRO NÃO FAMILIAR <u>NÃO REMUNERADO</u>	8
OUTRO NÃO FAMILIAR <u>REMUNERADO PARA CUIDAR DO IDOSO</u>	9
EMPREGADA	10
NS	8
NR	9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.13d **D. 46**

Essa pessoa, que o ajuda a se vestir, é a mesma que o ajuda a atravessar um quarto caminhando que o(a) Sr(a) acabou de citar?

SIM	1	→	VÁ PARA D.52
NÃO	2		
NS	8	VÁ PARA D.52	
NR	9		

D.13e **D. 47**

_____ **é do sexo?**
(pessoa que ajuda)

MASCULINO	1
FEMININO	2
NR	9

D.13f **D. 48**

Qual a idade de _____ ?
(pessoa que ajuda)

IDADE	_ _ anos
NS	8
NR	9

D.13g **D. 49**

Qual o estado civil de _____ ?
(pessoa que ajuda)

SOLTEIRA(O)	1
CASADA(O) / AMASIADA(O)	2
SEPARADA(O)/DESQUITADA(O)/DIVORCIADA(O)	3
VIÚVA(O)	4
NS	8
NR	9

D.13h **D. 50**

O(a) Sr(a) poderia me dizer até que ano _____ estudou?
(pessoa que ajuda)

ANALFABETA(O)	1
NÚMERO DE ANOS ESTUDADOS	_ _ anos
NS	8
NR	9

D.13i **D. 51**

Onde _____ mora?
(pessoa que ajuda)

MESMA CASA	1
OUTRA CASA	2
NS	8
NR	9

D.13j **D. 52**

Com que frequência _____ o ajuda a se vestir?
(pessoa que ajuda)

() dia
() noite
() dia e noite

DIARIAMENTE	1
DIAS ALTERNADOS	2
PELO MENOS 1 VEZ POR SEMANA	3
QUANDO NECESSÁRIO	4
NS	8
NR	9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.14e **D. 59**

Essa pessoa que o ajuda a tomar banho é a mesma que o ajuda:

() atravessar um quarto caminhando
() vestir-se

SIM 1 → VÁ PARA D.65

NÃO 2

NS 8 } VÁ PARA D.65

NR 9

D.14f **D. 60**

_____ é do sexo?
(pessoa que ajuda)

MASCULINO 1

FEMININO 2

NR 9

D.14g **D. 61**

Qual a idade de _____?
(pessoa que ajuda)

IDADE |_|_| anos

NS 8

NR 9

D.14h **D. 62**

Qual o estado civil de _____?
(pessoa que ajuda)

SOLTEIRA(O) 1

CASADA(O) / AMASIADA(O) 2

SEPARADA(O)/DESQUITADA(O)/DIVORCIADA(O) 3

VIÚVA(O) 4

NS 8

NR 9

D.14i **D. 63**

O(a) Sr(a) poderia me dizer até que ano _____ estudou?
(pessoa que ajuda)

ANALFABETA(O) 1

NÚMERO DE ANOS ESTUDADOS |_|_| anos

NS 8

NR 9

D.14j **D. 64**

Onde _____ mora?
(pessoa que ajuda)

MESMA CASA 1

OUTRA CASA 2

NS 8

NR 9

D.14k **D. 65**

Com que frequência _____ o ajuda a se vestir?
(pessoa que ajuda)

() dia
() noite
() dia e noite

DIARIAMENTE 1

DIAS ALTERNADOS 2

PELO MENOS 1 VEZ POR SEMANA 3

QUANDO NECESSÁRIO 4

NS 8

NR 9

D.14l **D. 66**

Há quanto tempo _____ o(a) ajuda nessa atividade?
(pessoa que ajuda)

|_|_| dias

|_|_| meses

|_|_| anos

NS 8

NR 9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.14g_1 **D. 72**

Qual a idade de _____ ?
(pessoa que ajuda)

IDADE |__|__| anos

NS 8

NR 9

D.14h_1 **D. 73**

Qual o estado civil de _____ ?
(pessoa que ajuda)

SOLTEIRA(O) 1

CASADA(O) / AMASIADA(O) 2

SEPARADA(O)/DESQUITADA(O)/DIVORCIADA(O) 3

VIÚVA(O) 4

NS 8

NR 9

D.14i_1 **D. 74**

O(a) Sr(a) poderia me dizer até que ano _____ estudou?
(pessoa que ajuda)

ANALFABETA(O) 1

NÚMERO DE ANOS ESTUDADOS |__|__| anos

NS 8

NR 9

D.14j_1 **D. 75**

Onde _____ mora?
(pessoa que ajuda)

MESMA CASA 1

OUTRA CASA 2

NS 8

NR 9

D.14k **D. 76**

Com que frequência _____ o
ajuda a se vestir?
(pessoa que ajuda)

() dia
() noite
() dia e noite

DIARIAMENTE 1

DIAS ALTERNADOS 2

PELO MENOS 1 VEZ POR SEMANA 3

QUANDO NECESSÁRIO 4

NS 8

NR 9

D.14l_1 **D. 77**

Há quanto tempo _____ o(a)
ajuda nessa atividade?
(pessoa que ajuda)

|__|__| dias

|__|__| meses

|__|__| anos

NS 8

NR 9

D.15a **D. 78**

O(a) senhor(a) tem dificuldade para comer sozinho?
PRECISA DE SUPERVISÃO OU DE ALGUÉM QUE CORTE A COMIDA, ENCHA O COPO, ETC.)?
() sim () não

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

} **VÁ PARA D.89**

D.15b **D. 79**

O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para comer?

SE SIM:
O idoso faz mais de 50% da atividade () sim () não
Quem faz mais força? () idoso () cuidador

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

} **VÁ PARA D.89**

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D. 80

D.15c

Quem o(a) ajuda a comer?

Nome da pessoa que ajuda

ESPOSO(A) / COMPANHEIRO(A)	1
FILHO(A) / ENTEADO(A)	2
PAIS / SOGROS	3
IRMÃO(S)	4
GENRO/NORA	5
NETO(S)	6
OUTRO FAMILIAR _____	7
<i>ESPECIFIQUE</i>	
OUTRO NÃO FAMILIAR <u>NÃO REMUNERADO</u>	8
OUTRO NÃO FAMILIAR <u>REMUNERADO</u> PARA CUIDAR DO IDOSO	9
EMPREGADA	10
NS	98
NR	99

D. 81

D.15d

Essa pessoa que o ajuda a comer é a mesma que o ajuda a:

atravessar um quarto caminhando

vestir-se

banhar-se

em sua higiene pessoal

SIM	1	→ VÁ PARA D.87
NÃO	2	
NS	8	} VÁ PARA D.87
NR	9	

D. 82

D.15e

_____ **é do sexo?**

(pessoa que ajuda)

MASCULINO	1
FEMININO	2
NR	9

D. 83

D.15f

Qual a idade de _____ ?

(pessoa que ajuda)

IDADE	_ _ anos
NS	8
NR	9

D. 84

D.15g

Qual o estado civil de _____ ?

(pessoa que ajuda)

SOLTEIRA(O)	1
CASADA(O) / AMASIADA(O)	2
SEPARADA(O)/DESQUITADA(O)/DIVORCIADA(O)	3
VIÚVA(O)	4
NS	8
NR	9

D. 85

D.15h

O(a) Sr(a) poderia me dizer até que ano _____ estudou?

(pessoa que ajuda)

ANALFABETA(O)	1
NÚMERO DE ANOS ESTUDADOS	_ _ anos
NS	8
NR	9

D. 86

D.15i

Onde _____ mora?

(pessoa que ajuda)

MESMA CASA	1
OUTRA CASA	2
NS	8
NR	9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.15j **D. 87**
Com que frequência _____ o
(pessoa que ajuda)
ajuda a comer?
 dia
 noite
 dia e noite

DIARIAMENTE 1
 DIAS ALTERNADOS 2
 PELO MENOS 1 VEZ POR SEMANA 3
 QUANDO NECESSÁRIO 4
 NS 8
 NR 9

D.15k **D. 88**
Há quanto tempo _____ o(a)
(pessoa que ajuda)
ajuda nessa atividade?

|_|_| dias
 |_|_| meses
 |_|_| anos
 NS 8
 NR 9

D.16a **D. 89**
O(a) senhor(a) tem dificuldade para deitar ou levantar da cama, sentar ou levantar da cadeira/ cadeira de rodas?
PRECISA DE SUPERVISÃO? () sim () não

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA D.101

D.16b **D. 90**
O(a) senhor(a) utilizou alguma vez algum aparelho ou instrumento de apoio para deitar ou levantar da cama?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

D.16c **D. 91**
O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para deitar ou levantar da cama, sentar ou levantar da cadeira/ cadeira de rodas?
SE SIM:
 O idoso faz mais de 50% da atividade () sim () não
 Quem faz mais força? () idoso () cuidador

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA D.101

D.16d **D. 92**
Quem o(a) ajuda a deitar ou levantar da cama?

Nome da pessoa que ajuda

ESPOSO(A) / COMPANHEIRO(A) 1
 FILHO(A) / ENTEADO(A) 2
 PAIS / SOGROS 3
 IRMÃO(S) 4
 GENRO/NORA 5
 NETO(S) 6
 OUTRO FAMILIAR _____ 7
ESPECIFIQUE
 OUTRO NÃO FAMILIAR NÃO REMUNERADO 8
 OUTRO NÃO FAMILIAR REMUNERADO PARA CUIDAR DO IDOSO 9
 EMPREGADA 10
 NS 98
 NR 99

D.16e **D. 93**
Essa pessoa que o ajuda a deitar ou levantar da cama é a mesma que o ajuda a:
 atravessar um quarto caminhando
 vestir-se
 banhar-se
 em sua higiene pessoal
 comer

SIM 1 → VÁ PARA D.99
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA D.99

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.16f D. 94

_____ é do sexo?
(pessoa que ajuda)

MASCULINO 1
FEMININO 2
NR 9

D.16g D. 95

Qual a idade de _____ ?
(pessoa que ajuda)

IDADE |__|__| anos
NS 8
NR 9

D.16h D. 96

Qual o estado civil de _____ ?
(pessoa que ajuda)

SOLTEIRA(O) 1
CASADA(O) / AMASIADA(O) 2
SEPARADA(O)/DESQUITADA(O)/DIVORCIADA(O) 3
VIÚVA(O) 4
NS 8
NR 9

D.16i D. 97

O(a) Sr(a) poderia me dizer até que ano _____ estudou?
(pessoa que ajuda)

ANALFABETA(O) 1
NÚMERO DE ANOS ESTUDADOS |__|__| anos
NS 8
NR 9

D.16j D. 98

Onde _____ mora?
(pessoa que ajuda)

MESMA CASA 1
OUTRA CASA 2
NS 8
NR 9

D.16k D. 99

Com que frequência _____ o
(pessoa que ajuda)
ajuda a deitar e levantar?
() dia
() noite
() dia e noite

DIARIAMENTE 1
DIAS ALTERNADOS 2
PELO MENOS 1 VEZ POR SEMANA 3
QUANDO NECESSÁRIO 4
NS 8
NR 9

D.16l D. 100

Há quanto tempo _____ o(a)
(pessoa que ajuda)
ajuda nessa atividade?

|__|__| dias
|__|__| meses
|__|__| anos
NS 8
NR 9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

<p>D.17a</p> <p style="text-align: right;">D. 101</p> <p>O(a) senhor(a) tem dificuldade para ir ao banheiro (incluindo sentar e levantar do vaso sanitário)?</p> <p>PRECISA DE SUPERVISÃO? () sim () não</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>D.17b</p> <p style="text-align: right;">D. 102</p> <p>O(a) senhor(a) utilizou alguma vez algum equipamento ou instrumento de apoio quando usa o vaso sanitário?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p style="text-align: right;">} VÁ PARA D.113</p>
<p>D.17c</p> <p style="text-align: right;">D. 103</p> <p>O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para ir ao banheiro e/ou usar o vaso sanitário?</p> <p>SE SIM: O idoso faz mais de 50% da atividade () sim () não Quem faz mais força? () idoso () cuidador</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p style="text-align: right;">} VÁ PARA D.113</p>
<p>D.17d</p> <p style="text-align: right;">D. 104</p> <p>Quem o(a) ajuda a ir ao banheiro e/ou usar o vaso sanitário?</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Nome da pessoa que ajuda</p>	<p>ESPOSO(A) / COMPANHEIRO(A) 1</p> <p>FILHO(A) / ENTEADO(A) 2</p> <p>PAIS / SOGROS 3</p> <p>IRMÃO(S) 4</p> <p>GENRO/NORA 5</p> <p>NETO(S) 6</p> <p>OUTRO FAMILIAR 7</p> <p style="text-align: center;"><i>ESPECIFIQUE</i></p> <p>OUTRO NÃO FAMILIAR <u>NÃO REMUNERADO</u> 8</p> <p>OUTRO NÃO FAMILIAR <u>REMUNERADO PARA CUIDAR DO IDOSO</u> 9</p> <p>EMPREGADA 10</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>
<p>D.17e</p> <p style="text-align: right;">D. 105</p> <p>Essa pessoa que o ajuda a ir ao banheiro e/ou usar o vaso sanitário é a mesma que o ajuda a:</p> <p>() atravessar um quarto caminhando</p> <p>() vestir-se</p> <p>() banhar-se</p> <p>() em sua higiene pessoal</p> <p>() comer</p> <p>() deitar ou levantar da cama, sentar ou levantar da cadeira/cadeira de rodas</p>	<p>SIM 1 → VÁ PARA D.111</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p style="text-align: right;">} VÁ PARA D.111</p>
<p>D.17f</p> <p style="text-align: right;">D. 106</p> <p>_____ é do sexo?</p> <p>(pessoa que ajuda)</p>	<p>MASCULINO 1</p> <p>FEMININO 2</p> <p>NR 9</p>

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.17g **D. 107**

Qual a idade de _____ ?
(pessoa que ajuda)

IDADE |__|__| anos
 NS 8
 NR 9

D.17h **D. 108**

Qual o estado civil de _____ ?
(pessoa que ajuda)

SOLTEIRA(O) 1
 CASADA(O) / AMASIADA(O) 2
 SEPARADA(O)/DESQUITADA(O)/DIVORCIADA(O) 3
 VIÚVA(O) 4
 NS 8
 NR 9

D.17i **D. 109**

O(a) Sr(a) poderia me dizer até que ano _____ estudou?
(pessoa que ajuda)

ANALFABETA(O) 1
 NÚMERO DE ANOS ESTUDADOS |__|__| anos
 NS 8
 NR 9

D.17l **D. 110**

Onde _____ mora?
(pessoa que ajuda)

MESMA CASA 1
 OUTRA CASA 2
 NS 8
 NR 9

D.17k **D. 111**

Com que frequência _____ o
(pessoa que ajuda)
 ajuda a ir ao banheiro e/ou usar o vaso
 sanitário?
 () dia
 () noite
 () dia e noite

DIARIAMENTE 1
 DIAS ALTERNADOS 2
 PELO MENOS 1 VEZ POR SEMANA 3
 QUANDO NECESSÁRIO 4
 NS 8
 NR 9

D.17l **D. 112**

Há quanto tempo _____ o(a)
(pessoa que ajuda)
 ajuda nessa atividade?

|__|__| dias
 |__|__| meses
 |__|__| anos
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.18a **D. 113**

O(a) senhor(a) tem dificuldade em preparar uma refeição quente?

SIM	1	
NÃO	2	→ VÁ PARA D.124
NÃO CONSEGUE	3	
NÃO COSTUMA FAZER	4	
NS	8	} VÁ PARA D.124
NR	9	

D.18b **D. 114**

O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para preparar uma refeição quente?

SIM	1	
NÃO	2	} VÁ PARA D.124
NS	8	
NR	9	

D.18c **D. 115**

Quem o(a) ajuda a preparar uma refeição quente?

Nome da pessoa que ajuda

ESPOSO(A) / COMPANHEIRO(A)	1
FILHO(A) / ENTEADO(A)	2
PAIS / SOGROS	3
IRMÃO(S)	4
GENRO/NORA	5
NETO(S)	6
OUTRO FAMILIAR	7
<i>ESPECIFIQUE</i>	
OUTRO NÃO FAMILIAR <u>NÃO REMUNERADO</u>	8
OUTRO NÃO FAMILIAR <u>REMUNERADO PARA CUIDAR DO IDOSO</u>	9
EMPREGADA	10
NS	98
NR	99

D.18d **D. 116**

Essa pessoa que o ajuda a preparar uma refeição quente é a mesma que o ajuda a:

() atravessar um quarto caminhando

() vestir-se

() banhar-se

() em sua higiene pessoal

() comer

() deitar ou levantar da cama, sentar ou levantar da cadeira/cadeira de rodas

() ir ao banheiro

SIM	1	→ VÁ PARA D.122
NÃO	2	
NS	8	} VÁ PARA D.122
NR	9	

D.18e **D. 117**

_____ **é do sexo?**

(pessoa que ajuda)

MASCULINO	1
FEMININO	2
NR	9

D.18f **D. 118**

Qual a idade de _____ ?

(pessoa que ajuda)

IDADE	_ _ anos
NS	8
NR	9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.18g **D. 119**

Qual o estado civil de _____ ?
(pessoa que ajuda)

SOLTEIRA(O) 1
 CASADA(O) / AMASIADA(O) 2
 SEPARADA(O)/DESQUITADA(O)/DIVORCIADA(O) 3
 VIÚVA(O) 4
 NS 8
 NR 9

D.18h **D. 120**

O(a) Sr(a) poderia me dizer até que ano _____ estudou?
(pessoa que ajuda)

ANALFABETA(O) 1
 NÚMERO DE ANOS ESTUDADOS |__|__| anos
 NS 8
 NR 9

D.18i **D. 121**

Onde _____ mora?
(pessoa que ajuda)

MESMA CASA 1
 OUTRA CASA 2
 NS 8
 NR 9

D.18j **D. 122**

Com que frequência _____
(pessoa que ajuda)
ajuda a preparar uma refeição quente?
 dia
 noite
 dia e noite

DIARIAMENTE 1
 DIAS ALTERNADOS 2
 PELO MENOS 1 VEZ POR SEMANA 3
 QUANDO NECESSÁRIO 4
 NS 8
 NR 9

D.18k **D. 123**

Há quanto tempo _____ o(a)
(pessoa que ajuda)
ajuda nessa atividade?

|__|__| dias
 |__|__| meses
 |__|__| anos
 NS 8
 NR 9

D.19a **D. 124**

O(a) senhor(a) tem dificuldade para cuidar do próprio dinheiro?

SIM 1
 NÃO 2 → VÁ PARA D.135
 NÃO CONSEGUE 3
 NÃO COSTUMA FAZER 4
 NS 8
 NR 9 } VÁ PARA D.135

D.19b **D. 125**

O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para cuidar do seu próprio dinheiro?

SIM 1
 NÃO 2 } VÁ PARA D.135
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D. 126

D.19c

Quem o(a) ajuda a cuidar do seu próprio dinheiro?

Nome da pessoa que ajuda

- ESPOSO(A) / COMPANHEIRO(A) 1
- FILHO(A) / ENTEADO(A) 2
- PAIS / SOGROS 3
- IRMÃO(S) 4
- GENRO/NORA 5
- NETO(S) 6
- OUTRO FAMILIAR _____ 7
ESPECIFIQUE
- OUTRO NÃO FAMILIAR NÃO REMUNERADO 8
- OUTRO NÃO FAMILIAR REMUNERADO PARA CUIDAR DO IDOSO 9
- EMPREGADA 10
- NS 98
- NR 99

D. 127

D.19d

Essa pessoa que o ajuda a cuidar do próprio dinheiro é a mesma que o ajuda a:

- () atravessar um quarto caminhando
- () vestir-se
- () banhar-se
- () em sua higiene pessoal
- () comer
- () deitar ou levantar da cama, sentar ou levantar da cadeira/cadeira de rodas
- () ir ao banheiro
- () preparar uma refeição quente

- SIM 1 → **VÁ PARA D.133**
- NÃO 2
- NS 8 } **VÁ PARA D.133**
- NR 9 }

D. 128

D.19e

_____ é do sexo?

(pessoa que ajuda)

- MASCULINO 1
- FEMININO 2
- NR 9

D. 129

D.19f

Qual a idade de _____ ?

(pessoa que ajuda)

- IDADE | | | anos
- NS 8
- NR 9

D. 130

D.19g

Qual o estado civil de _____ ?

(pessoa que ajuda)

- SOLTEIRA(O) 1
- CASADA(O) / AMASIADA(O) 2
- SEPARADA(O)/DESQUITADA(O)/DIVORCIADA(O) 3
- VIÚVA(O) 4
- NS 8
- NR 9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.19h **D. 131**

O(a) Sr(a) poderia me dizer até que ano _____ estudou?
(pessoa que ajuda)

D.19i **D. 132**

Onde _____ mora?
(pessoa que ajuda)

D.19j **D. 133**

Com que frequência _____ o
(pessoa que ajuda)
ajuda a cuidar do seu próprio dinheiro?
() dia
() noite
() dia e noite

D.19k **D. 134**

Há quanto tempo _____ o(a)
(pessoa que ajuda)
ajuda nessa atividade?

D.20a **D. 135**

O(a) senhor(a) tem dificuldade para utilizar algum tipo de transporte como ônibus, taxi, etc para ir a outros lugares sozinho(a), como ir ao médico, à igreja, etc. ?

D.20b **D. 136**

Alguém o(a) acompanha para ajudá-lo(a) a subir ou descer de um transporte, lhe oferece transporte ou ajuda a conseguir um transporte (chama um táxi, por exemplo)?

D.20c **D. 137**

Quem o(a) ajuda quando o(a) Sr(a) necessita ir a outros lugares (com o transporte)?

Nome da pessoa que ajuda

ANALFABETA(O) 1
NÚMERO DE ANOS ESTUDADOS |__|__| anos
NS 8
NR 9

MESMA CASA 1
OUTRA CASA 2
NS 8
NR 9

DIARIAMENTE 1
DIAS ALTERNADOS 2
PELO MENOS 1 VEZ POR SEMANA 3
QUANDO NECESSÁRIO 4
NS 8
NR 9

|__|__| dias
|__|__| meses
|__|__| anos
NS 8
NR 9

SIM 1
NÃO 2 → VÁ PARA D.146
NÃO CONSEGUE 3
NÃO COSTUMA FAZER 4
NS 8 } VÁ PARA D.146
NR 9

SIM 1
NÃO 2 } VÁ PARA D.146
NS 8
NR 9

ESPOSO(A) / COMPANHEIRO(A) 1
FILHO(A) / ENTEADO(A) 2
PAIS / SOGROS 3
IRMÃO(S) 4
GENRO/NORA 5
NETO(S) 6
OUTRO FAMILIAR _____ 7
ESPECIFIQUE
OUTRO NÃO FAMILIAR NÃO REMUNERADO 8
OUTRO NÃO FAMILIAR REMUNERADO PARA CUIDAR DO IDOSO 9
EMPREGADA 10
NS 98
NR 99

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.20d **D. 138**

Essa pessoa que o ajuda a ir a outros lugares é a mesma que o ajuda a:

() atravessar um quarto caminhando
 () vestir-se
 () banhar-se
 () em sua higiene pessoal
 () comer
 () deitar ou levantar da cama, sentar ou levantar da cadeira/cadeira de rodas
 () ir ao banheiro
 () preparar uma refeição quente
 () cuidar de seu dinheiro

SIM 1 → VÁ PARA
D. 144

NÃO 2

NS 8 } VÁ PARA
D. 144

NR 9 }

D.20e **D. 139**

_____ **é do sexo?**
 (pessoa que ajuda)

MASCULINO 1

FEMININO 2

NR 9

D.20f **D. 140**

Qual a idade de _____ ?
 (pessoa que ajuda)

IDADE | | | anos

NS 8

NR 9

D.20g **D. 141**

Qual o estado civil de _____ ?
 (pessoa que ajuda)

SOLTEIRA(O) 1

CASADA(O) / AMASIADA(O) 2

SEPARADA(O)/DESQUITADA(O)/DIVORCIADA(O) 3

VIÚVA(O) 4

NS 8

NR 9

D.20h **D. 142**

O(a) Sr(a) poderia me dizer até que ano _____ estudou?
 (pessoa que ajuda)

ANALFABETA(O) 1

NÚMERO DE ANOS ESTUDADOS | | | anos

NS 8

NR 9

D.20i **D. 143**

Onde _____ mora?
 (pessoa que ajuda)

MESMA CASA 1

OUTRA CASA 2

NS 8

NR 9

D.20j **D. 144**

Com que frequência _____ o ajuda no transporte?
 (pessoa que ajuda)

() dia
 () noite
 () dia e noite

DIARIAMENTE 1

DIAS ALTERNADOS 2

PELO MENOS 1 VEZ POR SEMANA 3

QUANDO NECESSÁRIO 4

NS 8

NR 9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.21e **D. 150**

_____ é do sexo?

(pessoa que ajuda)

MASCULINO 1

FEMININO 2

NR 9

D.21f **D. 151**

Qual a idade de _____ ?

(pessoa que ajuda)

IDADE |__|__| anos

NS 8

NR 9

D.21g **D. 152**

Qual o estado civil de _____ ?

(pessoa que ajuda)

SOLTEIRA(O) 1

CASADA(O) / AMASIADA(O) 2

SEPARADA(O)/DESQUITADA(O)/DIVORCIADA(O) 3

VIÚVA(O) 4

NS 8

NR 9

D.21h **D. 153**

O(a) Sr(a) poderia me dizer até que ano _____ estudou?

(pessoa que ajuda)

ANALFABETA(O) 1

NÚMERO DE ANOS ESTUDADOS |__|__| anos

NS 8

NR 9

D.21i **D. 154**

Onde _____ mora?

(pessoa que ajuda)

MESMA CASA 1

OUTRA CASA 2

NS 8

NR 9

D.21j **D. 155**

Com que frequência _____ o ajuda a fazer as compras de alimentos?

(pessoa que ajuda)

() dia

() noite

() dia e noite

DIARIAMENTE 1

DIAS ALTERNADOS 2

PELO MENOS 1 VEZ POR SEMANA 3

QUANDO NECESSÁRIO 4

NS 8

NR 9

D.21k **D. 156**

Há quanto tempo _____ o(a) ajuda nessa atividade?

(pessoa que ajuda)

|__|__| dias

|__|__| meses

|__|__| anos

NS 8

NR 9

D.22a **D. 157**

O(a) senhor(a) tem dificuldade para telefonar?

SIM 1

NÃO 2 → **VÁ PARA D. 168**

NÃO CONSEGUE 3

NÃO TEM TELEFONE 4

NS 8 } → **VÁ PARA D. 168**

NR 9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.22b **D. 158**

O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para telefonar?

SIM	1	} →	VÁ PARA D. 168
NÃO	2		
NS	8		
NR	9		

D.22c **D. 159**

Quem o(a) ajuda quando o(a) Sr(a) necessita telefonar?

Nome da pessoa que ajuda

ESPOSO(A) / COMPANHEIRO(A)	1
FILHO(A) / ENTEADO(A)	2
PAIS / SOGROS	3
IRMÃO(S)	4
GENRO/NORA	5
NETO(S)	6
OUTRO FAMILIAR _____	7
<i>ESPECIFIQUE</i>	
OUTRO NÃO FAMILIAR NÃO REMUNERADO	8
OUTRO NÃO FAMILIAR REMUNERADO PARA CUIDAR DO IDOSO	9
EMPREGADA	10
NS	98
NR	99

D.22d **D. 160**

Essa pessoa que o ajuda a telefonar é a mesma que o ajuda a:

- () atravessar um quarto caminhando
- () vestir-se
- () banhar-se
- () em sua higiene pessoal
- () comer
- () deitar ou levantar da cama, sentar ou levantar da cadeira/cadeira de rodas
- () ir ao banheiro
- () preparar uma refeição quente
- () cuidar de seu dinheiro
- () utilizar transporte
- () fazer compras

SIM	1	} →	VÁ PARA D. 166
NÃO	2		
NS	8	} →	VÁ PARA D. 166
NR	9		

D.22e **D. 161**

_____ é do sexo?

(pessoa que ajuda)

MASCULINO	1
FEMININO	2
NR	9

D.22f **D. 162**

Qual a idade de _____ ?

(pessoa que ajuda)

IDADE	_ _	anos
NS		8
NR		9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.22g **D. 163**

Qual o estado civil de _____ ?
(pessoa que ajuda)

SOLTEIRA(O) 1
 CASADA(O) / AMASIADA(O) 2
 SEPARADA(O)/DESQUITADA(O)/DIVORCIADA(O) 3
 VIÚVA(O) 4
 NS 8
 NR 9

D.22h **D. 164**

O(a) Sr(a) poderia me dizer até que ano _____ estudou?
(pessoa que ajuda)

ANALFABETA(O) 1
 NÚMERO DE ANOS ESTUDADOS |_|_| anos
 NS 8
 NR 9

D.22i **D. 165**

Onde _____ mora?
(pessoa que ajuda)

MESMA CASA 1
 OUTRA CASA 2
 NS 8
 NR 9

D.22j **D. 166**

Com que frequência _____ o ajuda a telefonar?
(pessoa que ajuda)

() dia
 () noite
 () dia e noite

DIARIAMENTE 1
 DIAS ALTERNADOS 2
 PELO MENOS 1 VEZ POR SEMANA 3
 QUANDO NECESSÁRIO 4
 NS 8
 NR 9

D.22k **D. 167**

Há quanto tempo _____ o(a) ajuda nessa atividade?
(pessoa que ajuda)

|_|_| dias
 |_|_| meses
 |_|_| anos
 NS 8
 NR 9

D.23a **D. 168**

O(a) senhor(a) tem dificuldade para fazer tarefas domésticas leves, tais como arrumar a cama, tirar pó dos móveis, etc.?

SIM 1
 NÃO 2 → VÁ PARA D. 179
 NÃO CONSEGUE 3
 NÃO COSTUMA FAZER 4
 NS 8
 NR 9 } VÁ PARA D. 179

D.23b **D. 169**

O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para as tarefas domésticas leves?

SIM 1
 NÃO 2 } VÁ PARA D. 179
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D. 170

D.23c

Quem o(a) ajuda com as tarefas domésticas leves?

Nome da pessoa que ajuda

ESPOSO(A) / COMPANHEIRO(A)	1
FILHO(A) / ENTEADO(A)	2
PAIS / SOGROS	3
IRMÃO(S)	4
GENRO/NORA	5
NETO(S)	6
OUTRO FAMILIAR	7
<i>ESPECIFIQUE</i>	
OUTRO NÃO FAMILIAR NÃO REMUNERADO	8
OUTRO NÃO FAMILIAR REMUNERADO PARA CUIDAR DO IDOSO	9
EMPREGADA	10
NS	98
NR	99

D. 171

D.23d

Essa pessoa que o ajuda com as tarefas domésticas leves é a mesma que o ajuda a:

() atravessar um quarto caminhando

() vestir-se

() banhar-se

() em sua higiene pessoal

() comer

() deitar ou levantar da cama, sentar ou levantar da cadeira/cadeira de rodas

() ir ao banheiro

() preparar uma refeição quente

() cuidar de seu dinheiro

() utilizar transporte

() fazer compras

() telefonar

SIM	1	→ VÁ PARA D. 177
NÃO	2	
NS	8	} VÁ PARA D. 177
NR	9	

D. 172

D.23e

_____ **é do sexo?**

(pessoa que ajuda)

MASCULINO	1
FEMININO	2
NR	9

D. 173

D.23f

Qual a idade de _____ ?

(pessoa que ajuda)

IDADE	_ _ anos
NS	8
NR	9

D. 174

D.23g

Qual o estado civil de _____ ?

(pessoa que ajuda)

SOLTEIRA(O)	1
CASADA(O) / AMASIADA(O)	2
SEPARADA(O)/DESQUITADA(O)/DIVORCIADA(O)	3
VIÚVA(O)	4
NS	8
NR	9

D. 175

D.23h

O(a) Sr(a) poderia me dizer até que ano _____ estudou?

(pessoa que ajuda)

ANALFABETA(O)	1
NÚMERO DE ANOS ESTUDADOS	_ _ anos
NS	8
NR	9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.23i **D. 176**

Onde _____ mora?
(pessoa que ajuda)

MESMA CASA 1
 OUTRA CASA 2
 NS 8
 NR 9

D.23j **D. 177**

Com que frequência _____ o
(pessoa que ajuda)
ajuda com as tarefas domésticas leves ?
 dia
 noite
 dia e noite

DIARIAMENTE 1
 DIAS ALTERNADOS 2
 PELO MENOS 1 VEZ POR SEMANA 3
 QUANDO NECESSÁRIO 4
 NS 8
 NR 9

D.23k **D. 178**

Há quanto tempo _____ o(a)
(pessoa que ajuda)
ajuda nessa atividade?

||_| dias
 |_|_| meses
 |_|_| anos
 NS 8
 NR 9

D.24a **D. 179**

O(a) senhor(a) tem dificuldade para realizar tarefas domésticas mais pesadas, tais como lavar roupas, limpar o chão, limpar o banheiro, etc.?

SIM 1
 NÃO 2 → VÁ PARA D. 190
 NÃO CONSEGUE 3
 NÃO COSTUMA FAZER 4
 NS 8
 NR 9 } VÁ PARA D. 190

D.24b **D. 180**

O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para as tarefas pesadas da casa?

SIM 1
 NÃO 2 } VÁ PARA D. 190
 NS 8
 NR 9

D.24c **D. 181**

Quem o(a) ajuda com tarefas pesadas da casa?

Nome da pessoa que ajuda

ESPOSO(A) / COMPANHEIRO(A) 1
 FILHO(A) / ENTEADO(A) 2
 PAIS / SOGROS 3
 IRMÃO(S) 4
 GENRO/NORA 5
 NETO(S) 6
 OUTRO FAMILIAR 7
ESPECIFIQUE
 OUTRO NÃO FAMILIAR NÃO REMUNERADO 8
 OUTRO NÃO FAMILIAR REMUNERADO PARA CUIDAR DO IDOSO 9
 EMPREGADA 10
 NS 98
 NR 99

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D. 182

D.24d

Essa pessoa que o ajuda com as tarefas pesadas da casa é a mesma que o ajuda a:

() atravessar um quarto caminhando
 () vestir-se
 () banhar-se
 () em sua higiene pessoal
 () comer
 () deitar ou levantar da cama, sentar ou levantar da cadeira/cadeira de rodas
 () ir ao banheiro
 () preparar uma refeição quente
 () cuidar de seu dinheiro
 () utilizar transporte
 () fazer compras
 () telefonar
 () com as tarefas domésticas leves

SIM 1 → **VÁ PARA D.188**

NÃO 2

NS 8 } **VÁ PARA D.188**

NR 9 }

D. 183

D.24e

_____ é do sexo?
 (pessoa que ajuda)

MASCULINO 1

FEMININO 2

NR 9

D. 184

D.24f

Qual a idade de _____ ?
 (pessoa que ajuda)

IDADE | | | anos

NS 8

NR 9

D. 185

D.24g

Qual o estado civil de _____ ?
 (pessoa que ajuda)

SOLTEIRA(O) 1

CASADA(O) / AMASIADA(O) 2

SEPARADA(O)/DESQUITADA(O)/DIVORCIADA(O) 3

VIÚVA(O) 4

NS 8

NR 9

D. 186

D.24h

O(a) Sr(a) poderia me dizer até que ano _____ estudou?
 (pessoa que ajuda)

ANALFABETA(O) 1

NÚMERO DE ANOS ESTUDADOS | | | anos

NS 8

NR 9

D. 187

D.24i

Onde _____ mora?
 (pessoa que ajuda)

MESMA CASA 1

OUTRA CASA 2

NS 8

NR 9

D. 188

D.24j

Com que frequência _____ o ajuda com as tarefas pesadas da casa ?
 (pessoa que ajuda)

() dia
 () noite
 () dia e noite

DIARIAMENTE 1

DIAS ALTERNADOS 2

PELO MENOS 1 VEZ POR SEMANA 3

QUANDO NECESSÁRIO 4

NS 8

NR 9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.24k **D. 189**

Há quanto tempo _____ o(a)
(pessoa que ajuda)
ajuda nessa atividade?

|_|_| dias
 |_|_| meses
 |_|_| anos

NS 8
 NR 9

D.25a **D. 190**

O(a) senhor(a) tem dificuldade para tomar seus remédios?

SIM 1
 NÃO 2 → VÁ PARA D.201
 NÃO CONSEGUE 3
 NÃO COSTUMA FAZER 4
 NS 8 } VÁ PARA D.201
 NR 9 }

D.25b **D. 191**

O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para tomar seus remédios?

SIM 1
 NÃO 2 } VÁ PARA D.201
 NS 8 }
 NR 9 }

D.25c **D. 192**

Quem o(a) ajuda a tomar seus remédios?

Nome da pessoa que ajuda

ESPOSO(A) / COMPANHEIRO(A) 1
 FILHO(A) / ENTEADO(A) 2
 PAIS / SOGROS 3
 IRMÃO(S) 4
 GENRO/NORA 5
 NETO(S) 6
 OUTRO FAMILIAR 7
ESPECIFIQUE
 OUTRO NÃO FAMILIAR NÃO REMUNERADO 8
 OUTRO NÃO FAMILIAR REMUNERADO PARA CUIDAR DO IDOSO 9
 EMPREGADA 10
 NS 98
 NR 99

D.25d **D. 193**

Essa pessoa que o ajuda a tomar seus remédios é a mesma que o ajuda a:

() atravessar um quarto caminhando
 () vestir-se
 () banhar-se
 () em sua higiene pessoal
 () comer
 () deitar ou levantar da cama, sentar ou levantar da cadeira/
 cadeira de rodas
 () ir ao banheiro
 () preparar uma refeição quente
 () cuidar de seu dinheiro
 () utilizar transporte
 () fazer compras
 () telefonar
 () com as tarefas domésticas leves
 () com as tarefas domésticas pesadas

SIM 1 → VÁ PARA D. 199
 NÃO 2
 NS 8 } VÁ PARA D. 199
 NR 9 }

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.25e **D. 194**

_____ **é do sexo?**
(pessoa que ajuda)

MASCULINO 1
 FEMININO 2
 NR 9

D.25f **D. 195**

Qual a idade de _____ **?**
(pessoa que ajuda)

IDADE |__|__| anos
 NS 8
 NR 9

D.25g **D. 196**

Qual o estado civil de _____ **?**
(pessoa que ajuda)

SOLTEIRA(O) 1
 CASADA(O) / AMASIADA(O) 2
 SEPARADA(O)/DESQUITADA(O)/DIVORCIADA(O) 3
 VIÚVA(O) 4
 NS 8
 NR 9

D.25h **D. 197**

O(a) Sr(a) poderia me dizer até que ano _____ **estudou?**
(pessoa que ajuda)

ANALFABETA(O) 1
 NÚMERO DE ANOS ESTUDADOS |__|__| anos
 NS 8
 NR 9

D.25i **D. 198**

Onde _____ **mora?**
(pessoa que ajuda)

MESMA CASA 1
 OUTRA CASA 2
 NS 8
 NR 9

D.25j **D. 199**

Com que frequência _____ **o**
(pessoa que ajuda)
ajuda a tomar seus remédios?
 dia
 noite
 dia e noite

DIARIAMENTE 1
 DIAS ALTERNADOS 2
 PELO MENOS 1 VEZ POR SEMANA 3
 QUANDO NECESSÁRIO 4
 NS 8
 NR 9

D.25k **D. 200**

Há quanto tempo _____ **o(a)**
(pessoa que ajuda)
ajuda nessa atividade?

|__|__| dias
 |__|__| meses
 |__|__| anos
 NS 8
 NR 9

ATIVIDADE <u>Sempre</u> : a situação ocorre rotineiramente <u>Frequentemente</u> : a situação ocorre com uma frequência regular <u>Ocasionalmente</u> : a situação ocorre às vezes, <u>SEM</u> frequência regular <u>Raramente</u> : a situação ocorre em algumas ocasiões (são <u>exceções</u>) <u>Nunca</u> : a situação não ocorre em nenhum momento			FREQUENCIA DE DESEMPENHO* COM QUE FREQUENCIA O SR(A) FAZ ...(a atividade)? (identificar a regularidade na participação da atividade)							LIMITAÇÃO NA CAPACIDADE ** O QUANTO O SR(A) SE SENTE LIMITADO PARA FAZER... (a atividade)? (capacidade para o desempenho da atividade)								
			Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	NS	NR	Nada	Um pouco	Às vezes	Muito	Completamente	NS	NR		
D27.a	D.201	Mantém contato com outras pessoas por meio de cartas, telefone ou e-mail	1	2	3	4	5	8	9	D28.a	D.202	1	2	3	4	5	8	9
D27.b	D.203	Visita seus amigos e familiares em suas casas	1	2	3	4	5	8	9	D28.b	D.204	1	2	3	4	5	8	9
D27.c	D.205	Cuida ou provê assistência a outras pessoas(incluindo cuidado pessoal, transporte, compras para familiares ou amigos)	1	2	3	4	5	8	9	D28.c	D.206	1	2	3	4	5	8	9
D27.d	D.207	Cuida dos afazeres domésticos de sua casa (limpeza e arrumação da casa, lavagem de roupas, pequenos reparos da casa)	1	2	3	4	5	8	9	D28.d	D.208	1	2	3	4	5	8	9
D27.e	D.209	Trabalha como voluntário(a) fora de casa	1	2	3	4	5	8	9	D28.e	D.210	1	2	3	4	5	8	9
D27.f	D.211	Cuida dos próprios negócios e finanças (administração e responsabilidade com o próprio dinheiro, pagamento de contas,negocia com senhorio ou inquilinos, negocia com empresas ou agencias governamentais)	1	2	3	4	5	8	9	D28.f	D.212	1	2	3	4	5	8	9
D27.g	D.213	Cuida da própria saúde (inclui o manejo diário das medicações, seguimento de dieta especial, agendamento de consultas médicas)	1	2	3	4	5	8	9	D28.g	D.214	1	2	3	4	5	8	9

ATIVIDADE <u>Sempre</u> : a situação ocorre rotineiramente <u>Frequentemente</u> : a situação ocorre com uma frequência regular <u>Ocasionalmente</u> : a situação ocorre às vezes, <u>SEM</u> frequência regular <u>Raramente</u> : a situação ocorre em algumas ocasiões (são <u>exceções</u>) <u>Nunca</u> : a situação não ocorre em nenhum momento			Com que frequência o(a) sr(a) faz.... a atividade?								Quanto o(a) Sr(a) se sente limitado para fazer... a atividade?							
			Sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	NS	NR		Nada	Um pouco	Às vezes	Muito	Completamente	NS	NR	
D27.h	D.215	Viaja para fora da cidade pernoitando pelo menos uma noite	1	2	3	4	5	8	9	D28.h	D.216	1	2	3	4	5	8	9
D27.i	D.217	Participa de algum programa de exercícios regulares	1	2	3	4	5	8	9	D28.i	D.218	1	2	3	4	5	8	9
D27.j	D.219	Convida pessoas para virem à sua casa para refeições ou lazer	1	2	3	4	5	8	9	D28.j	D.220	1	2	3	4	5	8	9
D27.l	D.221	Sai com outras pessoas para lugares públicos como restaurantes ou cinema	1	2	3	4	5	8	9	D28.l	D.222	1	2	3	4	5	8	9
D27.m	D.223	Cuida de suas necessidades pessoais (banho, vestimenta e toalete)	1	2	3	4	5	8	9	D28.m	D.224	1	2	3	4	5	8	9
D27.n	D.225	Participa de atividades sociais organizadas (clubes, grupos comunitários ou religiosos, centros de convivência de idosos, bingos)	1	2	3	4	5	8	9	D28.n	D.226	1	2	3	4	5	8	9
D27.o	D.227	Cuida de suas responsabilidades pessoais (administração e responsabilidade por compras em geral, comprar alimentos, ir ao banco, biblioteca ou lavanderia)	1	2	3	4	5	8	9	D28.o	D.228	1	2	3	4	5	8	9
D27.p	D.229	Prepara as próprias refeições (incluindo planejamento, preparação, servir e limpeza posterior)	1	2	3	4	5	8	9	D28.p	D.230	1	2	3	4	5	8	9
D27.q	D.231	Faz uso de computador	1	2	3	4	5	8	9	D28.q	D.232	1	2	3	4	5	8	9
D27.r	D.233	Dirige veículos a motor	1	2	3	4	5	8	9	D28.r	D.234	1	2	3	4	5	8	9

D. 235**D.29 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA SF-12**

OS SEGUINTEs ITENS SÃO SOBRE ATIVIDADES QUE VOCÊ PODERIA FAZER ATUALMENTE DURANTE UM DIA COMUM. DEVIDO À SUA SAÚDE, VOCÊ TERIA DIFICULDADE PARA FAZER ESSAS ATIVIDADES? NESTE CASO, QUANTO?

(circule um número para cada linha)

ATIVIDADES	SIM Dificulta muito	SIM Dificulta um pouco	NÃO Não dificulta de modo algum	NS	NR
D.29a. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3	8	9
D.29b Subir vários lances de escada	1	2	3	8	9

DURANTE AS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (ÚLTIMO MÊS), VOCÊ TEVE ALGUM DOS SEGUINTEs PROBLEMAS COM O SEU TRABALHO OU COM ALGUMA ATIVIDADE DIÁRIA REGULAR, COMO CONSEQUÊNCIA DE SUA SAÚDE FÍSICA?

(circule uma em cada linha)

	SIM	NÃO	NS	NR
D.29c. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2	8	9
D.29d. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades	1	2	8	9

DURANTE AS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (ÚLTIMO MÊS), VOCÊ TEVE ALGUM DOS SEGUINTEs PROBLEMAS COM O SEU TRABALHO OU COM ALGUMA ATIVIDADE DIÁRIA REGULAR, COMO CONSEQUÊNCIA DE ALGUM PROBLEMA EMOCIONAL (COMO SENTIR-SE DEPRIMIDO OU ANSIOSO)?

(circule uma em cada linha)

	SIM	NÃO	NS	NR
D.29e. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2	8	9
D.29f. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2	8	9

DURANTE AS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (ÚLTIMO MÊS), QUANTO A PRESENÇA DE DOR INTERFERIU COM O SEU TRABALHO NORMAL (INCLUINDO TANTO O TRABALHO FORA DE CASA E DENTRO DE CASA)? (circule apenas uma)

D.29g	De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5

ESTAS QUESTÕES SÃO SOBRE COMO VOCÊ SE SENTE E COMO TUDO TEM ACONTECIDO COM VOCÊ DURANTE AS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (ÚLTIMO MÊS). PARA CADA QUESTÃO, POR FAVOR DÊ UMA RESPOSTA QUE MAIS SE APROXIME DA MANEIRA COMO VOCÊ SE SENTE. EM RELAÇÃO ÀS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca	NS	NR
D.29h. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6	8	9
D.29i. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6	8	9
D.29j. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6	8	9

DURANTE AS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (ÚLTIMO MÊS), QUANTO DO SEU TEMPO A SUA SAÚDE FÍSICA OU PROBLEMAS EMOCIONAIS INTERFERIRAM NAS SUAS ATIVIDADES SOCIAIS (COMO VISITAR AMIGOS, PARENTES, ETC)? (circule uma)

D.29k	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
	1	2	3	4	5

SEÇÃO E - MEDICAMENTOS

E.5a

De uma forma geral, onde o(a) Sr(a) costuma guardar os seus remédios?

- NO ARMÁRIO/GAVETA 1
- NO FORNO 2
- NA GELADEIRA..... 3
- FICA EXPOSTO..... 4
- OUTRO _____ 5
- (ESPECIFIQUE)*
- NS 8
- NR 9

E.5b

De modo geral, como o(a) Sr(a) identifica seus remédios?

- PELA COR 1
- PELO TAMANHO 2
- PELA FORMA..... 3
- PELO NOME..... 4
- PELA EMBALAGEM..... 5
- OUTRO _____ 6
- ESPECIFIQUE*
- NÃO IDENTIFICA..... 7
- NS 8
- NR..... 9

VÁ PARA
E.6

E.5c

Como o(a) Sr(a) disse que tem dificuldade para identificar seus medicamentos, diga-me como faz para tomá-los corretamente:

- ALGUÉM FORNECE 1
- ALGUÉM DEIXA SEPARADO DIARIAMENTE 2
- ALGUÉM DEIXA SEPARADO SEMANALMENTE..... 3
- OUTRO _____ 7
- ESPECIFIQUE*
- NS 8
- NR..... 9

E.6

Atualmente, para cuidar da sua saúde, o(a) Sr(a) faz uso de outros remédios como chás, ervas ou produtos homeopáticos?

- SIM 1 →
- NÃO 2
- NS 8
- NR 9

VOLTE
PARA E2 E
ANOTE

E.7

Além dos medicamentos citados, o(a) Sr(a) costuma tomar algum outro como, por exemplo, laxantes, vitaminas, medicamentos para gripe, aspirinas, medicamentos para dormir, suplemento alimentar, etc?

- SIM 1
- NÃO 2
- NS 8
- NR 9

VÁ PARA
E..7c

SEÇÃO F: USO E ACESSO A SERVIÇOS

F.1a
O (a) Sr (a) sabe que tem direito a usar o sistema público de saúde (SUS)?

SIM..... 1
 NÃO..... 2
 NS..... 8
 NR..... 9


F.1b
O (a) Sr (a) tem algum plano de saúde além do SUS?

SIM..... 1
 NÃO..... 2 → **VÁ PARA F.3b**
 NS..... 8
 NR..... 9

F.1c
Que tipo de seguro de saúde o(a) Sr(a) tem?

ASSINALE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS

ANOTE O NOME DO PLANO DE SAÚDE / CONVÊNIO

PLANO DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO..... 2
 PLANO DE SAÚDE/CONVÊNIO PARTICULAR:..... 6
 PLANO DE SAÚDE/CONVÊNIO EMPRESA..... 7
 OUTRO..... 8
 NS..... 98
 NR..... 99
 NOME: _____ 

F.1d
Quem paga pelo plano de Saúde?

OPRÓPRIO IDOSO..... 1
 FILHO (S)..... 2
 CONJUGE 3
 OUTRO FAMILIAR _____ 4
 OUTRO NÃO FAMILIAR _____ 5
Especifique
Especifique
 EMPRESA 6
 NS..... 8
 NR..... 9

F.1e
Quanto paga pelo plano de Saúde?

_____, ____ reais
 NS..... 8
 NR..... 9

SEU PLANO DE SAÚDE DÁ DIREITO A:	SIM	SIM COM COMPLEMENTAÇÃO	NÃO	NS	NR
F.2a Consulta médica?	1	2	3	8	9
F.2c Medicamentos receitados (fora da internação)?	1	2	3	8	9
F.2d Os exames que lhe mandam fazer?	1	2	3	8	9
F.2e Hospitalização ou internação?	1	2	3	8	9
F.2f Óculos?	1	2	3	8	9
F.2g Próteses, órteses ou aparelhos de apoio?	1	2	3	8	9
F.2h Serviços de reabilitação: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia?	1	2	3	8	9
F.2i Serviço de odontologia?	1	2	3	8	9
F.2j Consulta homeopática/Acupuntura?	1	2	3	8	9

SEÇÃO F: USO E ACESSO A SERVIÇOS

F.3b

O Sr (a) tem alguma dificuldade para acessar/ usar serviços de saúde, quando necessário?

SIM.....	1	} VÁ PARA F.4 a
NÃO.....	2	
NS.....	8	
NR.....	9	

F.3c

Qual o(s) motivo(s)?

FALTA DE RECURSOS FINANCEIRO	1
FALTA DE TRANSPORTE.....	2
NÃO TEM COMPANHIA	3
NÃO CONSEGUE SE LOCOMOVER	4
OS SERVIÇOS SÃO RUINS	5
BARREIRAS ARQUITETÔNICAS.....	6
DISTÂNCIA.....	7
OUTROS _____ <i>ESPECIFIQUE</i>	8
NS	98
NR.....	99

F.4a

Durante os últimos 12 meses, o(a) Sr(a) precisou ser internado em um hospital e não foi? (exceto em CASA DE REPOUSO / ASILO)

SIM.....	1	} VÁ PARA F.4 c
NÃO.....	2	
NS.....	98	
NR.....	99	

F.4b

Porque não foi?

NÃO CONSEGUI VAGA.....	1
NÃO GOSTO DE HOSPITAL/INTERNAÇÃO.....	2
NÃO ACHEI IMPORTANTE.....	3
NÃO TINHA DINHEIRO.....	4
NÃO TINHA QUEM ME LEVASSE.....	5
NÃO TINHA TRANSPORTE.....	6
AUTOMEDICOU-SE.....	7
OUTRO _____ <i>(ESPECIFIQUE)</i>	8
NS.....	98
NR.....	99

F.4c

Durante os últimos 12 meses, quantas vezes diferentes esteve internado I, PELO MENOS POR UMA NOITE (Incluindo em casa de repouso)?

VEZES.....	_____	→ VÁ PARA F.11a
NENHUMA VEZ.....	00	
NS.....	98	
NR.....	99	

SEÇÃO F: USO E ACESSO A SERVIÇOS

F.5a

Onde ocorreram essas internações nos últimos 12 meses?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS

HOSPITAL GERAL POR MOTIVOS CLÍNICOS..... 1
 HOSPITAL GERAL POR MOTIVOS CIRÚRGICOS/
 ORTOPÉDICOS..... 2
 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO..... 3
 NO PRÓPRIO DOMICÍLIO..... 4
 OUTRO _____ 5
 (ESPECIFIQUE)
 CASA DE REPOUSO 6
 NS..... 98
 NR..... 99

F.5b

No total, quantas noites esteve internado nos últimos 12 meses?

NOITES | | | |
 NS 998
 NR 999

F.6

Onde o(a) Sr.(a) esteve internado na ÚLTIMA VEZ?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

HOSPITAL GERAL POR MOTIVOS CLÍNICOS 7
 HOSPITAL GERAL POR MOTIVOS CIRÚRGICOS/
 ORTOPÉDICOS 8
 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO 9
 CASA DE REPOUSO 5
 NO PRÓPRIO DOMICÍLIO..... 10
 OUTRO _____ 6
 (ESPECIFIQUE)
 NS 98
 NR 99

F.6a

Há quanto tempo foi essa última internação?

HÁ MENOS DE 15 DIAS 1
 ENTRE 15 DIAS E 1 MÊS..... 2
 ENTRE 1 MÊS E 3 MESES 3
 ENTRE 4 E 6 MESES 4
 ENTRE 6 MESES E 1 ANO..... 5
 HÁ MAIS DE 1 ANO 6
 NS 8
 NR 9

**VÁ PARA
F.11a**

F.6c

Qual o motivo dessa última internação?

 NS (ESPECIFIQUE) 98
 NR 99

SEÇÃO F: USO E ACESSO A SERVIÇOS

F.6b

Poderia me dizer o nome e o endereço deste lugar?

NOME DA INSTITUIÇÃO _____

ENDEREÇO _____

NS 98

NR 99

F.7

Quanto tempo o(a) Sr.(a) demorou para chegar ao hospital?

Minutos | | | |

Horas | | | |

NS 98

NR 99

F.8

Depois que o(a) Sr.(a) chegou ao hospital, quanto tempo esperou para ser atendido?

Minutos | | | |

Horas | | | |

NS 98

NR 99

F.8a

Essa internação foi de urgência ou de rotina (previamente marcada)?

PREVIAMENTE MARCADA..... 1

URGÊNCIA..... 2

NS 8

NR 9

} → **VÁ PARA F.9**

F.8b

Essa internação previamente marcada demorou quanto tempo para ser agendada?

Dias | | | |

Meses | | | |

NS 98

NR 99

F.9

Quem pagou pela internação?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

ENTREVISTADO 01

ESPOSO(A)/COMPANHEIRO 02

FILHO(A) 03

OUTRO FAMILIAR 04

OUTRO NÃO FAMILIAR 05

PLANO DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO 06

FOI ATENDIDO EM SERVIÇO PÚBLICO (SUS) 07

PLANO DE SAÚDE/CONVÊNIO 08

NS 98

NR 99

} **VÁ PARA F.10a**

SEÇÃO F: USO E ACESSO A SERVIÇOS

F.12c

Quantas vezes, nos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a) necessitou de atendimento de urgência/ emergência **PELO MESMO MOTIVO?**

NUMERO DE VEZES | | | |
 NS **98**
 NR **99**

F.12d

O(a) Sr(a) poderia me dizer qual foi esse motivo?

SIM **1**
 QUAL
Especifique
 PREFERENÇA NÃO DIZER **2**
 NS **98**
 NR **99**

F.12e

O(a) Sr(a) poderia me dizer para onde foi após o atendimento de urgência / emergência?

FOI INTERNADO NO HOSPITAL **1**
 QUAL
Especifique
 RETORNOU PARA CASA **2**
 FOI PARA CASA DE FILHO / PARENTE **3**
 FOI PARA UMA CASA DE REPOUSO **4**
 OUTRO **5**
Especifique
 NS **98**
 NR **99**

F.13

Com relação ao seu último atendimento, com quem o(a) Sr(a) o realizou?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

MÉDICO **1**
 ENFERMEIRA **2**
 FARMACÊUTICO **3**
 DENTISTA **6**
 CURANDEIRO (NATURALISTA) **4**
 AGENTE COMUNITÁRIO **7**
 OUTRO **5**
(ESPECIFIQUE)
 NS **8**
 NR **9**

F.13a

Há quanto tempo foi esse atendimento?

HÁ MENOS DE 15 DIAS **1**
 ENTRE 15 DIAS E 1 MÊS **2**
 ENTRE 1 MÊS E 4 MESES **3**
 ENTRE 4 E 6 MESES **4**
 ENTRE 6 MESES E 1 ANO **5**
 NS **8**
 NR **9**

SEÇÃO F: USO E ACESSO A SERVIÇOS

F.13b

O(a) Sr(a) poderia me dizer qual foi o motivo desse último atendimento?

SIM 1

QUAL _____

especifique

PREFERENÇADIZER 2

NS 98

NR 99

F.14

Onde o(a) Sr.(a) recebeu esta atenção ou consulta?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

HOSPITAL POR MOTIVOS CLÍNICOS 20

HOSPITAL POR MOTIVOS CIRÚRGICOS/
ORTOPÉDICOS 21

EMERGÊNCIACIRÚRGICA 39

EMERGÊNCIACLÍNICA 30

CLÍNICA DE ESPECIALIDADES/AMBULATÓRIO..... 40

FARMÁCIA..... 06

CONSULTÓRIO PARTICULAR..... 07

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE/CENTRO DE SAÚDE 50

UNIDADE DO PSF..... 51

CENTROS DE REFERÊNCIA DO IDOSO..... 70

SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL..... 60

OUTRO _____ 10

Especifique

NS 98

NR 99

F.14b

Poderia me dizer o nome e endereço deste lugar?

NOME _____

ENDEREÇO _____

NS 98

NR 99

F.15

Quanto tempo esperou entre a solicitação da consulta e o atendimento?

DIAS | | |

MESES | | |

NS 98

NR 99

F.16

Quanto tempo demorou para chegar ao local onde fez a consulta?

Minutos | | |

Horas | | |

NS 98

NR 99

SEÇÃO F: USO E ACESSO A SERVIÇOS

F.17

No local da consulta, quanto tempo esperou para ser atendido por um profissional de saúde?

Minutos | | | |
 Horas | | | |
 NS 98
 NR 99

F.18

Quem pagou por esta consulta?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

ENTREVISTADO 01
 ESPOSO(A)/COMPANHEIRO 02
 FILHO(A) 03
 OUTRO FAMILIAR 04
 OUTRO NÃO FAMILIAR 05
 PLANO DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO 06
 FOI ATENDIDO EM SERVIÇO PÚBLICO (SUS) 07
 O PLANO DE SAÚDE/CONVÊNIO PRIVADO 08
 NS 98
 NR 99

VÁ PARA F.20

F.19

No total, quanto o(a) Sr.(a) pagou por esta consulta?

TOTAL | | | | | | , | | | | reais
 NS 8
 NR 9

F.20

Durante esta consulta, pediram ao(a) Sr.(a) radiografias, exames de laboratório ou outros exames?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA F.25

F.20a

E o(a) sr.(a) fez os exames solicitados?

SIM, FEZ TODOS 1 → VÁ PARA F.22
 NÃO FEZ TODOS, PORÉM TEM DATA MARCADA... 2 → VÁ PARA F.25
 NÃO FEZ OU FEZ SÓ ALGUNS 3

F.21

Por que não fez (todos) os exames que lhe indicaram?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

POR CAUSA DOS CUSTOS DO(S) EXAME(S) 1
 CUSTO DO TRANSPORTE (DA VIAGEM) 2
 TEMPO DE TRANSPORTE 3
 O PROBLEMA NÃO ERA GRAVE 4
 A FAMÍLIA PRECISAVA DELE(A) 5
 O(S) EXAME(S) NÃO ESTAVA(M) DISPOVÍVEL(EIS) 10
 NÃO CONSEGUIU VAGA 11
 OUTRO 7
Especifique
 NÃO ACHOU NECESSÁRIO 12
 NÃO TEVE TEMPO 13
 NÃO TINHA COMPANHIA PARA IR 14
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA F.25

SEÇÃO F: USO E ACESSO A SERVIÇOS

F.26a

Por que não obteve os remédios?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

CUSTODOS MEDICAMENTOS	01
MEDICAMENTO NÃO ESTÁ DISPONÍVEL NOS SERVIÇOS PÚBLICOS (SUS)	04
NÃO TINHA QUEM FOSSE BUSCA-LOS.....	06
NÃO TINHA RECURSOS PARA O TRANSPORTE.....	07
DISTÂNCIA (MUITO LONGE).....	08
ESPERA (MUITO DEMORADO O ATENDIMENTO).....	09
FALTA DE TEMPO PARA BUSCÁ-LOS	10
NÃO ACHOU NECESSÁRIO.....	11
NÃO VAI USÁ-LOS	12
OUTRO	05
<i>Especifique</i>	
NS	98
NR	99

VÁ PARA **F.29a**

F.27

Tiveram que pagar por esses remédios?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

VÁ PARA **F.29a**

F.28

Quem pagou?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

ENTREVISTADO	1
ESPOSO(A)/COMPANHEIRO	2
FILHO(A)	3
OUTRO FAMILIAR	4
OUTRO NÃO FAMILIAR	5
NS	8
NR	9

F.29

Quanto pagaram por estes medicamentos?

TOTAL |_|_|_|_|_|_|_|_|, |_|_|_|_| reais

NS	8
NR	9

F.29a

O sr(a) considerou este atendimento:

MUITO BOM.....	1
BOM.....	2
REGULAR.....	3
RUIM.....	4
MUITO RUIM.....	5
NS	8
NR	9

VÁ PARA **F.31a**

SEÇÃO F: USO E ACESSO A SERVIÇOS

F.30a

Por que não fez nenhuma consulta médica nos últimos 12 meses?

PRECISOU MAS NÃO PROCUROU.....	11
NÃO PRECISOU.....	10
PROCUROU MAS NÃO CONSEGUIU VAGA.....	12
NS	98
NR	99

VÁ PARA
F.31a

F.30b

Por que não procurou?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS
MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

NÃO TINHA RECURSOS PARA PAGAR/CUSTO....	02
NÃO TINHA RECURSOS PARA PAGAR O TRANSPORTE.....	03
O TEMPO DA VIAGEM.....	41
A ESPERA DOS SERVIÇOS.....	42
O PROBLEMA NÃO ERA GRAVE.....	05
ATENDIMENTO É RUIM.....	06
A FAMÍLIA PRECISAVA DELE.....	07
AUTOMEDICOU-SE.....	08
NÃO CONHECE OS SERVIÇOS	10
NÃO TINHA QUEM O LEVASSE.....	11
NÃO GOSTA DE PROCURAR SERVIÇOS DE SAÚDE.....	12
NÃO TEM TEMPO.....	13
OUTRO	09
NS	98
NR	99

F.31a

Antes de terminarmos essa seção, o(a) Sr.(a) poderia me dizer se recebeu vacina contra gripe, tétano e/ou pneumonia?

Caso o(a) Sr(a) tenha uma carteirinha de vacinação, poderia mostrá-la?

TT = Toxóide Tetânico ou anti-Tétano

dT = Dupla Adulto (tétano e difteria)

SIM, SÓ CONTRA GRIPE.....	1
QUANDO?	(ESPECIFIQUE)
SIM, SÓ CONTRA TÉTANO.....	2
QUANDO?	(ESPECIFIQUE)
SIM, SÓ CONTRA PNEUMONIA.....	4
QUANDO?	(ESPECIFIQUE)
SIM, CONTRA GRIPE E PNEUMONIA.....	5
QUANDO?	(ESPECIFIQUE)
SIM, CONTRA GRIPE E TÉTANO OU DUPLA ADULTO.....	6
QUANDO.....	(ESPECIFIQUE)
SIM, CONTRA GRIPE, PNEUMONIA E TÉTANO (OU DUPLA ADULTO)...	7
QUANDO?	(ESPECIFIQUE)
NENHUMA.....	3
NS.....	8
NR.....	9

SEÇÃO F: USO E ACESSO A SERVIÇOS

CASO O(A) IDOSO(A) NÃO TENHA SIDO VACINADO NUNCA OU NÃO TENHA SE VACINADO CONTRA GRIPE EM 2006, FAÇA AS QUESTÕES F.31b E F31c

F.31b

CASO O IDOSO NÃO TENHA SIDO VACINADO NUNCA, PERGUNTE O POR QUE?

- PORQUE NÃO GOSTA DE INJEÇÃO 1
- PORQUE NÃO SABIA QUE PRECISAVA TOMAR 2
- PORQUE TEM DIFICULDADE PARA IR AO CENTRO/
POSTO DE SAÚDE 3
- OUTRO 4
(ESPECIFIQUE)
- NS 8
- NR 9

F.31C

CASO O IDOSO NÃO TENHA SIDO VACINADO CONTRA GRIPE EM 2006 PERGUNTE O POR QUE?

- PORQUE TOMOU A VACINA E PASSOU MALEM
SEGUIDA 1
- PORQUE PEGOU GRIPE APÓS TOMAR A VACINA . 2
- PORQUE TEM DIFICULDADE PARA IR AO CENTRO/
POSTO DE SAÚDE 3
- PORQUE NÃO ACREDITA QUE VACINAS SÃO
BENÉFICAS 4
- OUTRO _____
_____ 5
Especifique
- NS 8
- NR 9

F. 32

As perguntas F.1 a A 31b foram realizadas com um informante substituto?

- SIM 1
- NÃO 2

SEÇÃO G – REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL

Agora, temos algumas perguntas sobre as pessoas com quem o(a) Sr(a) convive. As famílias e os amigos ajudam-se mutuamente de várias maneiras. Parte da nossa pesquisa tem por objetivo conhecer como isso acontece de forma a descobriremos o que pode ser feito para auxiliá-los. Assim, precisamos conhecer alguns detalhes sobre as pessoas que moram habitualmente nessa casa.

DADOS GERAIS DOS MEMBROS QUE RESIDEM NO DOMICÍLIO JUNTO COM O(A) IDOSO(A)

Anote o nome de todas as pessoas que residem na casa **INCLUINDO O IDOSO** (que deve ser colocado em **primeiro lugar**)

Número de registro	G.1	G.2	G.4	G.5	G.6
	<p>Por favor, começando pelo(a) Sr(a), diga-me o nome de cada uma das pessoas que moram aqui. Não esqueça de incluir as crianças, empregados domésticos e outros não familiares.</p> <p>ANOTE OS NOMES DE TODOS OS CITADOS COLOCANDO O IDOSO EM PRIMEIRO LUGAR</p> <p>ASSINALE COM (x) AO LADO DO NOME DA PESSOA DE REFERÊNCIA DO DOMICÍLIO (CHEFE DA FAMÍLIA)</p>	<p>Então são: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____ pessoas que residem nesta casa?</p> <p>Sim..... 1 Não..... 2</p> <p>_____ Se NÃO, verifique e corrija a lista</p>	<p>QUAL É O PARENTESCO DE (NOME) COM O(A) SR(A)?</p> <p>Esposo(a) / companheiro(a)..... 01 Filho(a)..... 02 Pais..... 03 Sogros..... 04 Irmãos..... 05 Genro ou Nora..... 06 Neto(a)..... 07 Enteado(a)..... 08 Outro familiar não remunerado..... 12 Outro familiar remunerado..... 13 Outro não familiar não remunerado 14 Empregado Doméstico.. 11 Outro não familiar remunerado para cuidar do idoso 13 NS..... 98 NR 99</p>	<p>(NOME) É HOMEM OU MULHER?</p> <p>HOMEM..... 1 MULHER 2</p>	<p>QUANTOS ANOS COMPLETOS TEM (NOME)?</p> <p>Anote a idade em anos completos.</p> <p>Menos de 1 ano..... 000 NS..... 998 NR..... 999</p>
	Lista de nomes		Parentesco	Sexo	Idade
1	IDOSO(A)()				
2	()		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	()		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	()		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	()		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	()		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	()		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	()		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	()		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	()		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	()		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	()		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SEÇÃO G – REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL

PARA AS PESSOAS COM 12 ANOS COMPLETOS OU MAIS				
Número de registo	G.8a	G.9a	G.11	G.12a
	(Nome) SABE LER E ESCREVER UM RECADADO? Sim 1 Não 2 Não se aplica .. 7 NS 8 NR 9	(Nome) FREQUENTOU A ESCOLA? Sim 1 Não 2 Não se aplica 7 NS 8 NR 9	Atualmente (nome).. - anote somente uma resposta - Vive Em União Livre? 1 É Casado(a)? 2 É viúvo(a)..... 3 É divorciado?..... 4 É separado?..... 5 É solteiro?..... 6 Não se aplica 7 NS..... 8 NR 9	(NOME) Trabalha fora de casa?.... 1 Trabalha em casa? 2 Dedica-se aos afazeres domésticos? 3 Estuda e trabalha?..... 4 Somente estuda?..... 5 Não trabalha, nem estuda? 6 É aposentado(a) ou pensionista?..... 7 É incapacitado(a) para o trabalho?..... 8 Não se aplica 97 NS 98 NR 99
	Alfabetização	Escolaridade	Parentesco	Condição de Atividade
1	IDOSO(A)			
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SEÇÃO G – REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL

PARA TODOS				
Número de registro	G.13	G.14a	G.15	G.16a
		AGORA DIGA-ME SE (nome) LHE OFERECE ALGUM TIPO DE AJUDA? (se sim, leia cada opção e anote até três códigos) SIM Com dinheiro 1 Dando coisas que precisa (como comida, roupas, etc) 3 Com tarefas fora de casa (transporte, compras, banco, etc) 6 Com tarefas domésticas (limpeza da casa, cuidado com roupas, etc) 7 Com o cuidado pessoal do(a) idoso(a) 10 Outro 4 <i>(especifique)</i> Companhia 11 Ouvindo problemas..... 12 NÃO .(vá para G.15)..... 5 Não se aplica 7 NS 8 NR 9	ESSA AJUDA É? Diária 1 Semanal ... 2 Quinzenal.. 3 Mensal 4 Semestral.. 5 Anual..... 6 Esporádica 7 NS 8 NR 9 A FREQUÊNCIA EM CADA CASELA CORRESPONDE A CADA TIPO DE AJUDA	AGORA DIGA-ME SE O(A) SR(A) OFERECE ALGUM TIPO DE AJUDA PARA (nome)? (se sim, leia cada opção e anote até três códigos) SIM Com dinheiro 1 Dando coisas que precisa (como comida, roupas, etc) 3 Com tarefas fora de casa (transporte, compras, banco, etc) 6 Com tarefas domésticas (limpeza da casa, cuidado com roupas, etc) 7 Com o cuidado pessoal do(a) idoso(a) 10 Outro 4 <i>(especifique)</i> Companhia 11 Ouvindo problemas..... 12 NÃO (vá para G.18a)..... 5 Não se aplica 7 NS 8 NR 9
	AJUDA RECEBIDA	Frequência	AJUDA FORNECIDA	Frequência
1	IDOSO(A)			
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

SEÇÃO G – REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL – FILHOS QUE NÃO MORAM NA CASA

Número de registo	G.18a	G.19	G.20	G.21
	<p>Agora quero perguntar sobre os seus filhos que NÃO MORAM COM O(A) SR(A). POR FAVOR DIGA-ME O NOME DOS SEUS FILHOS QUE NÃO VIVEM COM O(A) SR(A).</p> <p>ANOTE OS NOMES DE TODOS OS FILHOS CITADOS E QUE NÃO MORAM COM O IDOSO</p> <p>Nº de filhos fora da casa _ _ </p> <p>Não tem filhos fora da casa . 00 (VÁ P/ G. 32)</p> <p>NS..... 98</p> <p>NR 99</p>	<p>(Nome) É SEU</p> <p>Filho(a) próprio 1</p> <p>Enteado(a) 2</p> <p>Filho(a) adotivo(a) 3</p> <p>NS..... 8</p> <p>NR 9</p>	<p>(Nome) É HOMEM OU MULHER?</p> <p>HOMEM..... 1</p> <p>MULHER 2</p>	<p>QUANTOS ANOS COMPLETOS TEM (NOME)?</p> <p>Anote a idade em anos completos.</p> <p>Menos de 1 ano..... 00</p> <p>NS..... 98</p> <p>NS..... 99</p>
	Lista de nomes	Parentesco	Sexo	Idade
1		_	_	_ _
2		_	_	_ _
3		_	_	_ _
4		_	_	_ _
5		_	_	_ _
6		_	_	_ _
7		_	_	_ _
8		_	_	_ _
9		_	_	_ _
10		_	_	_ _

SEÇÃO G – REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL – FILHOS QUE NÃO MORAM NA CASA

	G.23		G.25a		G.26		G.27c																							
	ATUALMENTE (nome).... (anote somente uma resposta)		(NOME)		ONDE (nome) VIVE?		COM QUE FREQUENCIA O(A) SR(A) VÊ OU FALA COM (nome)?																							
Número de registro	Vive em União Livre? 1	Trabalha fora de casa?... 1	Trabalha em casa? 2	Dedica-se aos afazeres domésticos? 3	Estuda e trabalha?..... 4	Somente estuda?..... 5	Não trabalha, nem estuda? 6	É aposentado(a) ou pensionista..... 7	É incapacitado(a) para o trabalho..... 8	NS 98	NR 99	Mesmo bairro 1	Outro bairro, mesma cidade..... 2	Outra cidade, mesmo país.. 3	Outro país..... 4	NS..... 8	NR..... 9	Diariamente 1	Semanalmente 2	Quinzenalmente 3	Mensalmente 4	Semestralmente 5	Anualmente 6	Esporadicamente .. 7	Nunca 8	NS 98	NR 99			
		Estado civil	Condição de atividade	Residência	Contato																									
	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SEÇÃO G – REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL – FILHOS QUE NÃO MORAM NA CASA

Número de registro	G.27b	G.28	G.29a
	<p>COMO O(A) SR(A) SE SENTE EM RELAÇÃO AO SEU CONTATO COM (nome)....</p> <p>Muito satisfeito(a) 1</p> <p>Satisfeito(a) 2</p> <p>Pouco ou nada satisfeito(a) 3</p> <p>NS..... 8</p> <p>NR 9</p>	<p>AGORA DIGA-ME SE (nome) LHE OFERECE ALGUM TIPO DE AJUDA?</p> <p>(se sim, leia cada opção e anote até três códigos)</p> <p>SIM</p> <p>Com dinheiro 1</p> <p>Com tarefas fora de casa (transporte, compras, banco, etc) 7</p> <p>Com tarefas domésticas (limpeza da casa, cuidado com roupas, etc) 10</p> <p>Com o cuidado pessoal do(a) idoso(a) 11</p> <p>Dando coisas (comida, roupas, etc) 3</p> <p>Companhia 4</p> <p>Outro 5</p> <p style="text-align: center;"><i>(especifique)</i></p> <p>Ouvindo problemas..... 12</p> <p>NÃO(VÁ PARA G. 30a)..... 6</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>	<p>ESSA AJUDA É?</p> <p>Diária 1</p> <p>Semanal 2</p> <p>Quinzenal..... 3</p> <p>Mensal 4</p> <p>Semestral..... 5</p> <p>Anual..... 6</p> <p>Esporádica 7</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
	Satisfação com contato	Ajuda recebida	Frequência
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SEÇÃO G – REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL – IRMÃOS E IRMÃS

Número de registro	G.32	G.33	G.34	G.35
	<p>Agora quero perguntar sobre seus irmãos e irmãs que NÃO MORAM COM O(A) SR(A).</p> <p>POR FAVOR DIGA-ME O NOME DE CADA UM DE SEUS IRMÃOS E IRMÃS QUE NÃO VIVEM COM O(A) SR(A) COMEÇANDO PELO MAIS VELHO.</p> <p>ANOTE OS NOMES DE TODOS OS IRMÃOS CITADOS E QUE NÃO MORAM COM O IDOSO</p>	<p>(Nome) É HOMEM OU MULHER?</p> <p>HOMEM..... 1 MULHER 2</p>	<p>QUANTOS ANOS COMPLETOS TEM (nome)?</p> <p>Anote a idade em anos completos.</p> <p>Menos de 1 ano..... 000 NS..... 998 NS..... 999</p>	<p>ATUALMENTE (nome).... (anote somente uma resposta)</p> <p>Vive em União Livre? 1 É casado(a)? 2 É viúvo(a)..... 3 É divorciado?..... 4 É separado?..... 5 É solteiro?..... 6 NS..... 8 NR 9</p>
<p>Não tem irmãos fora do domicílio ou já faleceram..... 0</p> <p style="text-align: center;">VÁ PARA G 44 a</p> <p>Tem irmãos fora do domicílio..... 1 NS..... 8 NR 9</p>				
	Lista de nomes	Sexo	Idade	Estado civil
1		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

SEÇÃO G – REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL – IRMÃOS E IRMÃS

Número de registro	G.38	G.39c	G.39b
	ONDE (nome) VIVE?	COM QUE FREQUENCIA O(A) SR(A) VÊ OU FALA COM (nome)?	COMO O(A) SR(A) SE SENTE EM RELAÇÃO AO SEU CONTATO COM (nome)....
	Mesmo bairro 1	Diariamente 1	Muito satisfeito(a) 1
	Outro bairro, mesma cidade... 2	Semanalmente 2	Satisfeito(a) 2
	Outra cidade, mesmo país.. 3	Quinzenalmente 3	Pouco ou nada satisfeito(a).... 3
	Outro país..... 4	Mensalmente 4	NS..... 8
	NS..... 8	Semestralmente 5	NR 9
	NR..... 9	Anualmente 6	
		Esporadicamente 7	
		Nunca 8	
		NS 98	
		NR 99	
	Residência	Contato	Satisfação com contato
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEÇÃO G – REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL - IRMÃOS E IRMÃS

	G.40	G.41a	G.42	G.43a	
	Número de registro	AGORA DIGA-ME SE (nome) LHE OFERECE ALGUM TIPO DE AJUDA? (se sim, leia cada opção e anote até três códigos) SIM Com dinheiro 1 Com tarefas fora de casa (transporte, compras, banco, etc....) 7 Com tarefas domésticas (limpeza da casa, cuidado com roupas, etc) 10 Com o cuidado pessoal do(a) idoso(a). 11 Dando coisas (comida, roupas, etc) 3 Companhia 4 Outro 5 (especifique) NÃO (VÁ PARA G 42) 6 NS 8 NR 9	ESSA AJUDA É? Diária 1 Semanal 2 Quinzenal..... 3 Mensal 4 Semestral..... 5 Anual..... 6 Esporádica 7 NS 8 NR 9	AGORA DIGA-ME SE O(A) SR(A) OFERECE ALGUM TIPO DE AJUDA PARA (nome). (se sim, leia cada opção e anote até três códigos) SIM Com dinheiro 1 Com tarefas fora de casa (transporte, compras, banco, etc) 7 Com tarefas domésticas (limpeza da casa, cuidado com roupas, etc) 10 Com o cuidado pessoal do(a) idoso(a) 11 Dando coisas (comida, roupas, etc) 3 Companhia 4 Outro 5 (especifique) NÃO (VÁ PARA G 44a) 6 NS 8 NR 9	ESSA AJUDA É? Diária 1 Semanal 2 Quinzenal..... 3 Mensal 4 Semestral..... 5 Anual..... 6 Esporádica 7 NS 8 NR 9
		Ajuda recebida	Frequência	Ajuda fornecida	Frequência
1		_ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _
2		_ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _
3		_ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _
4		_ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _
5		_ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _
6		_ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _
7		_ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _
8		_ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _
9	_ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _	
10	_ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _	

SEÇÃO G – REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL – OUTROS FAMILIARES E AMIGOS

Número de registro	G.44a	G.44b	G.45	G.46
	Existe algum outro familiar ou amigo do qual o(a) Sr(a) recebe ou fornece ajuda e que NÃO MORA NESSA CASA? SIM.....1 Poderia me dizer o nome dessa pessoas Não (VÁ PARA G 51b).....2 NS..... 8 NR 9 ANOTE OS NOMES DE TODOS OS FAMILIARES E AMIGOS CITADOS E QUE NÃO MORAM COM O IDOSO	QUAL É O PARENTESCO (nome) COM SR(A)? Pais..... 1 Sogros..... 2 Genro/Nora..... 3 Neto 4 Sobrinho(a)..... 5 Outro familiar 6 Não familiar 7 NS 8 NR 9	(Nome) É HOMEM OU MULHER? HOMEM..... 1 MULHER 2	ONDE (nome) VIVE? Mesmo bairro 1 Outro bairro, mesma cidade..... 2 Outra cidade, mesmo país..... 3 Outro país..... 4 NS..... 8 NR..... 9
	Lista de nomes	Parentesco	Sexo	Residência
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEÇÃO G – REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL – OUTROS FAMILIARES E AMIGOS

Número de registro	G.47c	G.47b	G.48	G.49a
	COM QUE FREQUENCIA O(A) SR(A) VÊ OU FALA COM (nome)?	COMO O(A) SR(A) SE SENTE EM RELAÇÃO AO SEU CONTATO COM (nome)....	AGORA DIGA-ME SE (nome) LHE OFERECE ALGUM TIPO DE AJUDA? (se sim, leia cada opção e anote até três códigos) SIM Com dinheiro 1 Com tarefas fora de casa (transporte, compras, banco, etc)..... 7 Com tarefas domésticas (limpeza da casa, cuidado com roupas, etc) 10 Com o cuidado pessoal do(a) idoso(a)..... 11 Dando coisas (comida, roupas, etc) 3 Companhia 4 Outro 5 <i>(especifique)</i> Ouvindo problemas..... 12 NÃO (VÁ PARA G.50)..... 6 NS 8 NR 9	ESSA AJUDA É? Diária 1 Semanal 2 Quinzenal..... 3 Mensal 4 Semestral..... 5 Anual..... 6 Esporádica 7 NS 8 NR 9
	Contato	Satisfação com contato	Ajuda recebida	Freqüência
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SEÇÃO G – REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL - OUTROS FAMILIARES E AMIGOS

	G.50		G.51a	
	AGORA DIGA-ME SE O(A) SR(A) OFERECE ALGUM TIPO DE AJUDA PARA (nome). (se sim, leia cada opção e anote até três códigos)		ESSA AJUDA É?	
Número de registro	SIM		Diária	
	Com dinheiro	1	Semanal	1
	Com tarefas fora de casa (transporte, compras, banco, etc)	7	Quinzenal.....	2
	Com tarefas domésticas (limpeza da casa, cuidado com roupas, etc) ..	10	Mensal	3
	Com o cuidado pessoal do(a) idoso(a)	11	Semestral.....	4
	Dando coisas (comida, roupas, etc)	3	Anual.....	5
	Companhia	4	Esporádica	6
	Outro	5	NS	7
	<i>(especifique)</i>	12	NR	8
	Ouvindo problemas.....	6		9
NÃO(VÁ PARA G. 51b).....	6			
NS	8			
NR	9			
	Ajuda fornecida		Frequência	
1	_ _ _		_ _ _	
2	_ _ _		_ _ _	
3	_ _ _		_ _ _	
4	_ _ _		_ _ _	
5	_ _ _		_ _ _	
6	_ _ _		_ _ _	
7	_ _ _		_ _ _	
8	_ _ _		_ _ _	
9	_ _ _		_ _ _	
10	_ _ _		_ _ _	

APGAR DE FAMILIA

“Família” é (são) o(s) indivíduo(s) com o(s) qual(ais) você habitualmente vive. Caso você more sozinho(a), considere família como aquelas pessoas com as quais você tem atualmente os laços emocionais mais fortes.

As seguintes perguntas foram elaboradas para nos ajudar a compreender você e sua família. Sinta-se à vontade para fazer perguntas sobre qualquer item do questionário.

Os espaços para comentários devem ser usados quando você desejar fornecer informações adicionais ou discutir a maneira pela qual a pergunta se aplica à sua família.

	SEMPRE	QUASE SEMPRE	ALGUMAS VEZES	RARA-MENTE	NUNCA
G.51b Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.	0	1	2	3	4
COMENTÁRIOS:					
G.51c Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	0	1	2	3	4
COMENTÁRIOS:					
G.51d Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.	0	1	2	3	4
COMENTÁRIOS:					
G.51e Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.	0	1	2	3	4
COMENTÁRIOS:					
G.51f Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	0	1	2	3	4
COMENTÁRIOS:					

SEÇÃO G – REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL – PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA E TRANSFERÊNCIAS

Número de registro	G.52	G.53	G.54a
	<p>DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, O(A) SR(A) RECEBEU ASSISTÊNCIA DE ALGUM TIPO DE INSTITUIÇÃO OU ORGANIZAÇÃO QUE APOIA OS IDOSOS EM SUA COMUNIDADE?</p> <p>(se sim, anote todos os códigos correspondentes)</p> <p>SIM</p> <p>Serviço social 1</p> <p>Centro de convivência de idosos .. 2</p> <p>Ajuda nos cuidados da casa (excetuando-se programas de Assistência Domiciliar à Saúde)... 3</p> <p>Igreja, templo ou outra instituição religiosa 4</p> <p>Pastoral da saúde/idoso..... 7</p> <p>Outro..... 5 (especifique)</p> <p>NÃO (VÁ PARA G.55)..... 6</p> <p>NS..... 8</p> <p>NR 9</p>	<p>QUE TIPO DE AJUDA O(A) SR(A) RECEBE?</p> <p>(relaciona a ajuda com a instituição citada)</p> <p>Dinheiro 01</p> <p>Comida 02</p> <p>Roupa 03</p> <p>Ajuda nas tarefas da casa 04</p> <p>Ajuda com cuidado pessoal 05</p> <p>Transporte 06</p> <p>Lazer/diversão 07</p> <p>Companhia 08</p> <p>Outro 09 (especifique)</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>	<p>ESSA AJUDA É?</p> <p>Diária 1</p> <p>Semanal 2</p> <p>Quinzenal..... 3</p> <p>Mensal 4</p> <p>Semestral..... 5</p> <p>Anual..... 6</p> <p>Esporádica 7</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
	Ajuda fornecida	Tipo de ajuda	Freqüência
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SEÇÃO G – REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL – PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA E TRANSFERÊNCIAS

G.55		G.56		G.57a		
Número de registro	DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, O(A) SR(A) PRESTOU ALGUM SERVIÇO DE FORMA VOLUNTÁRIA OU GRATUITA PARA ALGUMA ORGANIZAÇÃO DA SUA COMUNIDADE? (se sim, anote todos os códigos correspondentes)		QUE TIPO DE AJUDA O(A) SR(A) DÁ ÀS ORGANIZAÇÕES OU ENTIDADES DA SUA COMUNIDADE? (anote até 3 códigos)		ESSA AJUDA É?	
	SIM		Dinheiro	01	Diária	1
	Serviço social	01	Comida	02	Semanal	2
	Centro de convivência de idosos ..	02	Roupa	03	Quinzenal.....	3
	Creche ou Centro Infantil	03	Administração do programa.....	04	Mensal	4
	Colégio ou Universidade	04	Transporte	05	Semestral.....	5
	Posto de saúde	05	Ajuda com ensino	06	Anual.....	6
	Igreja, templo ou outra instituição religiosa	06	Ajuda nas oficinas	07	Esporádica	7
	Hospital	07	Lazer/diversão	09	NS	8
	Pastoral da saúde/idoso.....	10	Companhia	10	NR	9
	Outro.....	08	Outro	08		
	(especifique)		(especifique)			
	NÃO.....(VÁ PARA SEÇÃO H).....		NS	98		
NS.....	98	NR	99			
NR	99					
Ajuda fornecida		Tipo de ajuda		Freqüência		
1	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
2	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
3	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
4	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
5	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
6	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
7	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
8	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
9	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
10	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		

SEÇÃO H - HISTÓRIA DE TRABALHO E FONTES DE RECEITA

H.1a

Alguma vez, na sua vida, o(a) Sr.(a) teve algum trabalho, pelo qual recebeu um pagamento em dinheiro ou em espécie ou ajudou em um estabelecimento familiar, sem receber qualquer tipo de pagamento?

H. 01

- | | |
|--|---|
| SIM, ambos | 1 |
| SIM, trabalhei COM pagamento | 2 |
| SIM, ajudei em trabalho SEM pagamento | 3 |
| NÃO, nunca trabalhei | 4 |
| NS | 8 |
| NR | 9 |

VÁ PARA
H. 03

H.3

Qual a principal razão pela qual o(a) sr.(a) nunca trabalhou?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

H. 02

- | | |
|--|---|
| PROBLEMA DE SAÚDE | 1 |
| NÃO TINHA NECESSIDADE ECONÔMICA | 2 |
| DEDICOU-SE A CUIDAR DA FAMÍLIA | 3 |
| CASOU-SE MUITO JOVEM | 4 |
| NÃO HAVIA OPORTUNIDADE DE TRABALHO | 5 |
| OS PAIS NÃO DEIXARAM | 6 |
| OUTRO _____
<i>Especifique</i> | 7 |
| NS | 8 |
| NR | 9 |

VÁ PARA
H.14

H.5

Na semana passada, o(a) Sr.(a)...

(LEIA TODAS AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA)

LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA

H. 03

- | | |
|---|----|
| TRABALHOU?..... | 01 |
| TINHA TRABALHO POREM NÃO TRABALHOU?..... | 02 |
| AJUDOU EM NEGÓCIO FAMILIAR, COM OU SEM PAGAMENTO?..... | 03 |
| PROCUROU TRABALHO?..... | 04 |
| DEDICOU-SE AOS AFAZERES DOMÉSTICOS?..... | 05 |
| APOSENTADO OU PENSIONISTA?..... | 06 |
| ESTÁ INCAPACITADO TEMPORARIAMENTE PARA O TRABALHO?..... | 07 |
| ESTÁ INCAPACITADO PERMANENTEMENTE PARA O TRABALHO?..... | 08 |
| NÃO TRABALHOU?..... | 09 |
| NS..... | 98 |
| NR..... | 99 |

H.6

Além desta atividade, (condição em H.3), na semana passada o(a) Sr.(a)...

LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA

H. 04

- | | |
|--|----|
| VENDEU ALGUM PRODUTO? | 01 |
| FEZ ALGUNS PRODUTOS PARA VENDER? | 02 |
| LAVOU, PASSOU, COZINHOU, CONsertOU
ELETRODOMÉSTICOS OU REALIZOU QUALQUER
TAREFA EM TROCA DE PAGAMENTO? | 03 |
| AJUDOU ALGUÉM EM ALGUMA ATIVIDADE
DE PLANTIO OU CRIAÇÃO DE ANIMAIS? | 04 |
| (NÃO LER) NÃO REALIZOU NENHUMA DESTAS
ATIVIDADES? | 05 |
| NS | 98 |
| NR | 99 |

SEÇÃO H - HISTÓRIA DE TRABALHO E FONTES DE RECEITA

H.9

Agora, vou me referir ao seu trabalho atual ou ao último que o(a) Sr(a) teve.

Qual é o nome da ocupação ou ofício que o(a) Sr.(a) desempenhou no seu trabalho principal, na semana passada (ou a última vez que trabalhou)?

H. 05

Textual _____ | | | |

NS 98

NR 99

H.11

A que se dedica ou dedicava o estabelecimento onde o(a) Sr.(a) trabalha ou trabalhou?

ESTABELECIMENTO: NEGÓCIO, ESCRITÓRIO, FÁBRICA, EMPRESA, INSTITUIÇÃO OU COMPANHIA

H. 06

Textual _____ | | | |

NS 98

NR 99

H.12

Com relação ao seu trabalho principal, o Sr.(a) é ou era...?

LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA

H. 07

- OPERÁRIO OU EMPREGADO? 01
- DIARISTA RURAL OU PEÃO DO CAMPO? 02
- PATRÃO, EMPREGADOR OU PROPRIETÁRIO (COM 1 A 5 EMPREGADOS)? 03
- PATRÃO, EMPREGADOR OU PROPRIETÁRIO (COM 6 OU MAIS EMPREGADOS)? 04
- TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA? 05
- TRABALHADOR FAMILIAR, SEM PAGAMENTO? 06
- TRABALHADOR NÃO FAMILIAR, SEM PAGAMENTO? 07
- TRABALHADOR POR EMPREITADA? 08
- OUTRO _____ *Especifique* 09
- NS 98
- NR 99

H.19

Alguma vez um médico ou enfermeira lhe disse que o(a) Sr(a) tinha ou tem um problema de saúde provocado pelas condições desta ocupação?

H. 08

- SIM 1
- NÃO 2
- NS 8
- NR 9

VÁ PARA
H.10

H.20

Que tipo de problema é este?

H. 09

Textual _____ | | | |

NS 98

NR 99

SEÇÃO H - HISTÓRIA DE TRABALHO E FONTES DE RECEITA

H.21 **FILTRO**

TRABALHO ATUAL **H. 10**

H.8

Qual a principal razão pela qual o(a) Sr.(a) não trabalha atualmente?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

H. 11

H.7

Com que idade deixou de trabalhar?

H. 12

H.22

Qual é a principal razão pela qual o(a) Sr.(a) trabalha?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

H. 13

H.27c **FILTRO**

Recebe alguma receita.

H. 14

H.28

Quantas pessoas dependem dos seus ganhos?

INCLUA O ENTREVISTADO NO TOTAL DE PESSOAS QUE DEPENDEM DESTES INGRESSOS

H. 15

TRABALHA ATUALMENTE 1 → **VÁ PARA H.13**

NÃO TRABALHA ATUALMENTE 2

NÃO CONSEGUE TRABALHO 1

PROBLEMAS DE SAÚDE 2

APOSENTADO POR IDADE 3

FOI COLOCADO À DISPOSIÇÃO 4

A FAMÍLIA NÃO QUER QUE TRABALHE 5

OUTRO 6
Especifique

NS 8

NR 9

ANOS | | | anos

NS 998

NR 999

VÁ PARA H.14

NECESSITADO DINHEIRO 1

QUER AJUDAR A FAMÍLIA 2

QUER MANTER-SE OCUPADO 3

NECESSIDADE DE SENTIR-SE ÚTIL, PRODUTIVO 4

GOSTA DO SEU TRABALHO 5

OUTRO 6
(Especifique)

NS 8

NR 9

SIM 1

NÃO 2 → **VÁ PARA H.19**

SÓ ENTREVISTADO 01

NÚMERO DE PESSOAS | | |

NS 98

NR 99

SEÇÃO J - CARACTERÍSTICAS DA MORADIA

AVALIAÇÃO DO RISCO AMBIENTAL

As questões J.14 a J.17 devem ser respondidas de acordo com a observação do entrevistador

<p>J.14</p> <p>O(a) idoso(a) é?</p>	<p>DEAMBULANTE 1</p> <p>ACAMADO 2</p> <p>CADEIRANTE 3</p>
<p>J.15</p> <p>A rua de acesso à entrada principal da casa/ prédio é:</p>	<p>plana 1</p> <p>levemente inclinada 2</p> <p>inclinada 3</p> <p>muito inclinada (ladeira) 4</p>
<p>J.16</p> <p>Há alguma rampa da rua para a calçada próxima ao domicílio do(a) idoso(a) (inclui guia rebaixada) - menos de 10m</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>
<p>J.17</p> <p>Na entrada da casa/prédio observa(m)-se:</p>	<p>só escadas 1</p> <p>só rampas 2</p> <p>escadas e/ou rampas SEM corrimão 3</p> <p>escadas e/ou rampas COM corrimão 4</p> <p>NÃO SE APLICA 5</p>
<p>J.18</p> <p>O(A) idoso(a) costuma ir ao quintal da casa ou ao jardim/área comum do prédio?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>
<p>J.19</p> <p>O acesso ao quintal/jardim/área comum :</p>	<p>apresenta escadas 1</p> <p>difícil pela presença de vários objetos no caminho 2</p> <p>não apresenta problemas 3</p>

**AGORA GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ALGUNS COMODOS ESPECÍFICOS DE SUA CASA.
OBS: SE FOR POSSÍVEL, CAMINHE PELA CASA OBSERVANDO OS COMODOS.
PEÇA AO IDOSO/CUIDADOR ESSA AUTORIZAÇÃO.**

<p>J.20</p> <p>Há quanto tempo o(a) Sr(a) mora nessa casa/apartamento?</p>	<p>Menos de 1 ano 1</p> <p>Mais de um ano 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>J.21</p> <p>Quando o(a) Sr(a) está na sua casa/apartamento, DURANTE O DIA, que tipo de calçado o(a) Sr(a) normalmente usa: (assinale o mais frequente)</p>	<p>Sapatos com solado de borracha 1</p> <p>Sapatos sem solado de borracha 2</p> <p>Chinelos/tamancos 3</p> <p>Só usa meias 4</p> <p>Fica descalço sem meias 5</p> <p>Outro 6 <i>(especifique)</i></p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>

SEÇÃO J - CARACTERÍSTICAS DA MORADIA

J.22

Que tipo de calçado o(a) Sr(a) normalmente usa quando se levanta à noite?
(assinale o mais frequente)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| Sapatos com solado de borracha | 1 |
| Sapatos sem solado de borracha | 2 |
| Chinelos/tamancos | 3 |
| Só usa meias | 4 |
| Fica descalço sem meias | 5 |
| Outro | 6 |
| <i>(especifique)</i> | |
| Não costuma se levantar à noite | 7 |
| NS | 8 |
| NR | 9 |

AS PERGUNTAS J.23 A J.28 DEVEM SER FEITAS SOMENTE SE EXISTIR ESCADAS NO INTERIOR DA CASA/APARTAMENTO. SE NÃO HOUVER, VÁ PARA J.29

J.23

Há corrimãos na escada?

- | | |
|------------------------------|---|
| SIM, DE AMBOS OS LADOS | 1 |
| SIM, APENAS DE UMLADO | 2 |
| NÃO | 3 |
| NS | 8 |
| NR | 9 |

J.24

As escadas são iluminadas adequadamente?

- | | |
|--|---|
| SIM, DE DIA E DE NOITE | 1 |
| SIM, SOMENTE DE DIA (LUZ NATURAL) | 2 |
| SIM, SOMENTE DE NOITE (LUZ ARTIFICIAL) | 3 |
| NÃO, A ILUMINAÇÃO NÃO É ADEQUADA | 4 |
| NÃO, HÁ EXCESSO DE LUZ NA ESCADA | 5 |
| NS | 8 |
| NR | 9 |

J.25

Há interruptores de luz no início e no final da escada permitindo acender a luz que a ilumina estando no andar de cima ou de baixo?

- | | |
|-----------|---|
| SIM | 1 |
| NÃO | 2 |
| NS | 8 |
| NR | 9 |

J.26

O piso da escada é escorregadio ou é encerado?

- | | |
|-----------|---|
| SIM | 1 |
| NÃO | 2 |
| NS | 8 |
| NR | 9 |

J.27

Existem faixas diferenciadoras de degraus?

- | | |
|-----------|---|
| SIM | 1 |
| NÃO | 2 |
| NS | 8 |
| NR | 9 |

J.28

Há objetos (livros, plantas, sapatos, etc) na área de circulação da escada?

- | | |
|-----------|---|
| SIM | 1 |
| NÃO | 2 |
| NS | 8 |
| NR | 9 |

SEÇÃO J - CARACTERÍSTICAS DA MORADIA

NAS ÁREAS DE CIRCULAÇÃO DO IDOSO PELA CASA HÁ:		SIM	NÃO	NR
J.29	PISO ESCORREGADIO OU ENCERADO?	1	2	9
J.30	TAPETES SOLTOS?	1	2	9
J.31	OBJETOS DESORDENADOS (LIVROS, PAPÉIS, SAPATOS, ETC)?	1	2	9
J.32	MÓVEIS PESADOS?	1	2	9
J.33	PISO COM DIFERENÇA DE NÍVEL (DEGRAU)?	1	2	9

J.34
O(a) Sr(a) costuma se apoiar nos móveis ou parede para atravessar de um comodo a outro?

- SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

J.35
O(a) Sr(a) deixa de ir a algum comodo de sua casa/apartamento por sentir dificuldade de acessá-lo?

- SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

AGORA, GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O LOCAL ONDE O(A) SR(A) COSTUMA TOMAR SEU BANHO, SUA UNIDADE DE BANHO:

J.36
Que tipo de "unidade de Banho" existe no seu banheiro?

- SÓ CHUVEIRO 1
 SÓ BANHEIRA 2
 BANHEIRA E CHUVEIRO JUNTOS 3
 OUTRO 4
 (especifique)
 NS 8
 NR 9

J.37
Em que o(a) Sr(a) se apoia para entrar/sair de sua "Unidade de banho" ou para tomar banho?

- EM NADA 1
 SABONETEIRA 2
 TOALHEIRO 3
 BARRA DE APOIO 4
 OUTRO 5
 (especifique)
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO J - CARACTERÍSTICAS DA MORADIA

<p>J.38</p> <p>Dentro de sua "Unidade de banho" existe algum tapete de borracha ou piso anti-derrapante?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>J.39</p> <p>Dentro de sua "Unidade de banho" existem barras de apoio?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>J.40</p> <p>Existem barras de apoio próximas ao vaso sanitário?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>J.41</p> <p>No seu banheiro, há algum tipo de aumento da altura do vaso sanitário?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>J.42</p> <p>As perguntas da Seção J foram respondidas:</p>	<p>PELO(A) PRÓPRIO(A) IDOSO(A) 1</p> <p>POR UM INFORMANTE AUXILIAR 2</p> <p>POR UM INFORMANTE SUBSTITUTO 3</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>

SEÇÃO K. ANTROPOMETRIA

HORA DE INÍCIO: |_|_|:|_|_|

ANOTE O APROPRIADO PARA A EXTREMIDADE CORRESPONDENTE

	SIM	NÃO
PARA O BRAÇO ESQUERDO		
K.1a TEM TODOS OS DEDOS?	1 VÁ PARA K.2a	2
K.1b TEM A MÃO?	1 VÁ PARA K.1e	2
K.1c TEM O ANTEBRAÇO?	1 VÁ PARA K.1e	2
K.1d TEM O BRAÇO?	1	2
K.1e TEM ALGUM TIPO DE PRÓTESE?	1	2
PARA O BRAÇO DIREITO		
K.2a TEM TODOS OS DEDOS?	1 VÁ PARA K.3a	2
K.2b TEM A MÃO?	1 VÁ PARA K.2e	2
K.2c TEM O ANTEBRAÇO?	1 VÁ PARA K.2e	2
K.2d TEM O BRAÇO?	1	2
K.2e TEM ALGUM TIPO DE PRÓTESE?	1	2
PARA A PERNA ESQUERDA		
K.3a TEM TODOS OS DEDOS?	1 VÁ PARA K.4a	2
K.3b TEM O PÉ?	1 VÁ PARA K.3e	2
K.3c TEM A PERNA?	1 VÁ PARA K.3e	2
K.3d TEM A COXA?	1	2
K.3e TEM ALGUM TIPO DE PRÓTESE?	1	2
PARA A PERNA DIREITA		
K.4a TEM TODOS OS DEDOS?	1 VÁ PARA K.5	2
K.4b TEM O PÉ?	1 VÁ PARA K.4e	2
K.4c TEM A PERNA?	1 VÁ PARA K.4e	2
K.4d TEM A COXA?	1	2
K.4e TEM ALGUM TIPO DE PRÓTESE?	1	2

SEÇÃO K. ANTROPOMETRIA

TOMAR TRÊS MEDIDAS PARA TODAS AS PERGUNTAS ABAIXO

<p>K.5</p> <p>Precisamos medir sua altura e para isso, queremos que o(a) Sr(a) fique descalço(a). Coloque-se de pé, com pés e calcanhares juntos e com suas costas e cabeça encostadas na parede. Olhe bem para a frente.</p>	<p>ALTURA __ __ __ cm</p> <p>NÃO CONSEGUE PARAR DE PÉ 999</p>
<p>K.6</p> <p>MEDIDA DA ALTURA DOS JOELHOS</p>	<p>ALTURA __ __ __ cm</p>
<p>K.7</p> <p>CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO</p>	<p>CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO __ __ __ cm</p>
<p>K.8</p> <p>CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA</p>	<p>CINTURA __ __ __ cm</p> <p>NÃO CONSEGUE PARAR DE PÉ 999</p>
<p>K.9</p> <p>CIRCUNFERÊNCIA DO QUADRIL</p>	<p>QUADRIL __ __ __ cm</p> <p>NÃO CONSEGUE PARAR DE PÉ 999</p>
<p>K.10</p> <p>DOBRA CUTÂNEA TRICIPITAL</p>	<p>PREGA TRICIPITAL __ __ __ mm</p>
<p>K.10a</p> <p>DOBRA CUTÂNEA SUBESCAPULAR</p>	<p>PREGA SUBESCAPULAR __ __ __ mm</p>
<p>K.11</p> <p>PESO</p>	<p>PESO __ __ __ . __ kg</p> <p>NÃO CONSEGUE PARAR DE PÉ 999</p>
<p>K.12</p> <p>CIRCUNFERÊNCIA DE PANTURRILHA</p>	<p>CIRCUNFERÊNCIA DE PANTURRILHA __ __ __ cm</p>
<p>K.12a</p> <p>LARGURA DO COTOVELO</p>	<p>LARGURA DO COTOVELO __ __ __ cm</p>
<p>K.13</p> <p>CIRCUNFERÊNCIA DO PUNHO</p>	<p>CIRCUNFERÊNCIA DO PUNHO __ __ __ cm</p>

SEÇÃO K. ANTROPOMETRIA

K.14

O(a) Sr.(a) teve alguma cirurgia no braço ou na mão que usa regularmente, nos últimos três meses?

SIM 1 →
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA A SEÇÃO L

K.15

Agora vou usar um instrumento que se chama DINAMÔMETRO para testar a força da sua mão. Este teste somente pode ser feito se o Sr. NÃO sofreu nenhuma cirurgia no braço ou na mão, nos últimos três meses.

Use o braço que acha que tem mais força. Coloque o cotovelo sobre a mesa e estique o braço com a palma da mão para cima. Pegue as duas peças de metal juntas assim (faça a demonstração). Preciso ajustar o aparelho para o seu tamanho?

Agora, aperte bem forte. Tão forte quanto puder. As duas peças de metal não vão se mover, mas eu poderei ver qual a intensidade da força que o Sr. está usando. Vou fazer este teste 2 vezes. Avise-me se sentir alguma dor ou incômodo.

ANOTE A MÃO USADA NO TESTE:

1.DIREITA

2.ESQUERDA

→

PRIMEIRA VEZ:

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95
 NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96
 ENTREVISTADO INCAPACITADO 97
 RECUSOU-SE A TENTAR 98

COMPLETOU O TESTE:

|_|_|_| kg

SEGUNDA VEZ:

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95
 NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96
 ENTREVISTADO INCAPACITADO 97
 RECUSOU-SE A TENTAR 98

COMPLETOU O TESTE:

|_|_|_| kg

HORA DE TÉRMINO: |_|_|:|_|_|

SEÇÃO L. MOBILIDADE E FLEXIBILIDADE

HORA DE INÍCIO: |_|_|:|_|_|

PARA CONTINUARMOS PRECISO REALIZAR ALGUNS TESTES PARA MEDIR SUA MOBILIDADE E FLEXIBILIDADE. PRIMEIRO VOU-LHE MOSTRAR COMO FAZER CADA MOVIMENTO E, EM SEGUIDA, GOSTARIA QUE O(A) SR(A) TENTASSE REPETIR OS MEUS MOVIMENTOS. SE ACHAR QUE NÃO TEM CONDIÇÕES DE FAZÊ-LO, ACHAR ARRISCADO OU SE SENTIR INSEGURO(A) DIGA-ME E PASSAREMOS PARA OUTRO TESTE.

<p>L.1 FILTRO</p> <p>Incapacitado para realizar qualquer teste de flexibilidade e mobilidade.</p>	<p>SIM 1 → ENCERRE A ENTREVISTA</p> <p>NÃO 2</p>
<p>L.1a PÉS LADO A LADO</p> <p>Quero que o Sr. fique em pé, com os pés juntos, um ao lado do outro, mantendo os olhos abertos. Por favor, mantenha essa posição até eu avisar (dez segundos). Pode usar os braços, dobrar os joelhos ou mexer com o corpo, para se equilibrar; porém, tente não mexer os pés.</p>	<p>MANTEVE A POSIÇÃO POR 10 SEGUNDOS 1 (1 PONTO) → VÁ PARA L.1c</p> <p>NÃO MANTEVE A POSIÇÃO POR 10 SEGUNDOS 2 (O PONTOS)</p> <p>NÃO TENTOU 98 (O PONTOS)</p> <p>REALIZOU O TESTE EM: ESCORE: ___ pontos</p> <p>segundos ___ ___ </p>
<p>L. 1b</p> <p>Se o(a) idoso(a) não tentou ou falhou assinale o por que e depois vá para a questão L.3a</p>	<p>TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95</p> <p>NÃO PODE MANTER A POSIÇÃO SEM AUXÍLIO 90</p> <p>NÃO TENTOU, ENTREVISTADORA SENTIU-SE INSEGURA . 91</p> <p>NÃO TENTOU, IDOSO(A) SENTIU-SE INSEGURO(A) 96</p> <p>IDOSO(A) INCAPAZ DE COMPREENDER AS INSTRUÇÕES . 92</p> <p>OUTRO 93</p> <p style="text-align: center;"><i>ESPECIFIQUE</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;">VÁ PARA L.3a</div>
<p>L.1c UM PÉ UM POUCO À FRENTE DO OUTRO</p> <p>Agora, quero que o(a) Sr(a) tente ficar em pé, com o calcanhar de um dos pés encostado na lateral do dedão do pé oposto, por uns dez segundos. O Sr. pode usar qualquer pé, aquele que lhe dê mais segurança. Pode usar os braços, dobrar os joelhos ou mexer o corpo para se equilibrar; porém, tente não mexer os pés. Por favor, mantenha essa posição até eu avisar (dez segundos).</p>	<p>MANTEVE A POSIÇÃO POR 10 SEGUNDOS 1 (1 PONTO) → VÁ PARA L.2</p> <p>NÃO MANTEVE A POSIÇÃO POR 10 SEGUNDOS 2 (O PONTOS)</p> <p>NÃO TENTOU 98 (O PONTOS)</p> <p>REALIZOU O TESTE EM: ESCORE: ___ pontos</p> <p>segundos ___ ___ </p>
<p>L. 1d</p> <p>Se o(a) idoso(a) não tentou ou falhou assinale o por que e depois vá para a questão L.3a:</p>	<p>TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95</p> <p>NÃO PODE MANTER A POSIÇÃO SEM AUXÍLIO 90</p> <p>NÃO TENTOU, ENTREVISTADORA SENTIU-SE INSEGURA . 91</p> <p>NÃO TENTOU, IDOSO(A) SENTIU-SE INSEGURO(A) 96</p> <p>IDOSO(A) INCAPAZ DE COMPREENDER AS INSTRUÇÕES . 92</p> <p>OUTRO 93</p> <p style="text-align: center;"><i>ESPECIFIQUE</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;">VÁ PARA L.3a</div>

SEÇÃO L. MOBILIDADE E FLEXIBILIDADE

L.2 UM PÉ ATRÁS DO OUTRO

Agora, quero que o(a) Sr(a) tente ficar em pé, com o calcanhar de um dos pés na frente do outro pé, por uns dez segundos. O(A) Sr(a) pode usar qualquer pé, aquele que lhe dê mais segurança. Pode usar os braços, dobrar os joelhos ou mexer o corpo para se equilibrar; porém, tente não mexer os pés. Por favor, mantenha essa posição até eu avisar (dez segundos).

MANTEVE A POSIÇÃO POR 10 SEGUNDOS 1 (2 PONTOS) →

MANTEVE A POSIÇÃO DE 3 A 9.99 SEGUNDOS 2 (1 PONTO) }

MANTEVE A POSIÇÃO POR MENOS DE 3 SEGUNDOS 3 (0 PONTOS)

NÃO TENTOU 98 (0 PONTOS)

REALIZOU O TESTE EM: ESCORE: |____| pontos

segundos |____| |____|

VÁ PARA
L.3

L. 2a

Se o(a) idoso(a) não tentou ou falhou assinale o por que e depois vá para a questão L.3a:

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95

NÃO PODE MANTER A POSIÇÃO SEM AUXÍLIO 90

NÃO TENTOU, ENTREVISTADORA SENTIU-SE INSEGURA . 91

NÃO TENTOU, IDOSO(A) SENTIU-SE INSEGURO(A) 96

IDOSO(A) INCAPAZ DE COMPREENDER AS INSTRUÇÕES . 92

OUTRO _____ 93

ESPECIFIQUE

VÁ PARA
L.3a

L.3

Ficando de pé, gostaria que o(a) Sr(a) tentasse se equilibrar em um pé só, sem se apoiar em nada. Tente primeiro com qualquer um dos pés, depois tentaremos com o outro.

Eu contarei o tempo e vou lhe dizer quando começar e terminar (dez segundos). Podemos parar a qualquer momento que o(a) Sr(a) sinta que está perdendo o equilíbrio.

PÉ DIREITO

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95

NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96

RECUSOU-SE A TENTAR 98

REALIZOU O TESTE EM:

Segundos |____| |____|

PÉ ESQUERDO

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95

NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96

RECUSOU-SE A TENTAR 98

REALIZOU O TESTE EM:

Segundos |____| |____|

L. 3a

Escore de equilíbrio

TOTAL DE PONTOS |____| |____|

(Some **os pontos** das questões L1a, L1c e L2)

SEÇÃO L. MOBILIDADE E FLEXIBILIDADE

L.3c CAMINHADA NÚMERO 1 - DELIMITE O TRAJETO

Esse é o trajeto de caminhada. Eu gostaria que o(a) Sr(a) andasse de um ponto a outro desse percurso na sua velocidade habitual de caminhada ou seja, da mesma forma que o(a) Sr(a) caminharia numa rua para ir a uma loja.

L.3d CAMINHADA NÚMERO 1

Para realizar a primeira caminhada o(a) idoso precisou de algum dispositivo de ajuda?

L. 3e

Se o(a) idoso(a) não tentou ou falhou assinale o por que e depois vá para a questão

L.3i:

L.3f CAMINHADA NÚMERO 2

Agora, eu gostaria que o(a) Sr(a) repetisse a mesma caminhada. Lembre-se que é preciso andar de um ponto a outro do percurso na sua velocidade habitual de caminhada.

L.3g CAMINHADA NÚMERO 2

Para realizar a segunda caminhada o(a) idoso precisou de algum dispositivo de ajuda?

L. 3h

Se o(a) idoso(a) não tentou ou falhou assinale o por que e depois vá para a questão

L.3i:

L. 3i

TEMPO DE CAMINHADA E SCORE

REGISTRE O MENOR TEMPO OBTIDO ENTRE AS DUAS CAMINHADAS. SE FEZ SÓ UMA, ANOTE ESSE TEMPO DE PERCURSO:

|_|_|_|_| . |_|_|_|_| segundos

Score = |_|_|_|_| pontos

REALIZOU O TESTE EM: |_|_|_|_| segundos .. 1

NÃO REALIZOU O TESTE 2



VÁ PARA L.3e

SIM, BENGALA 1

SIM, OUTRO 2

NÃO 3

ESPECIFIQUE

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 90

NÃO PODE ANDAR SEM AUXÍLIO 91

NÃO TENTOU, ENTREVISTADORA SENTIU-SE INSEGURA . 92

NÃO TENTOU, IDOSO(A) SENTIU-SE INSEGURO(A) 93

IDOSO(A) INCAPAZ DE COMPREENDER AS INSTRUÇÕES . 94

OUTRO 95

RECUSOU-SE 96

ESPECIFIQUE

VÁ PARA L.3i

REALIZOU O TESTE EM: |_|_|_|_| segundos .. 1

NÃO REALIZOU O TESTE 2



VÁ PARA L.3h

SIM, BENGALA 1

SIM, OUTRO 2

NÃO 3

ESPECIFIQUE

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 90

NÃO PODE ANDAR SEM AUXÍLIO 91

NÃO TENTOU, ENTREVISTADORA SENTIU-SE INSEGURA . 92

NÃO TENTOU, IDOSO(A) SENTIU-SE INSEGURO(A) 93

IDOSO(A) INCAPAZ DE COMPREENDER AS INSTRUÇÕES . 94

OUTRO 95

RECUSOU-SE 96

ESPECIFIQUE

VÁ PARA L.3i

Para 3 metros

Não foi capaz de fazer o teste 1(0 pontos)

Tempo maior que 6,52 segundos 2 (1 ponto)

Tempo entre 4,66 e 6,52 segundos 3(2 pontos)

Tempo entre 3,62 e 4,65 segundos 4(3 pontos)

Tempo menor que 3,62 segundos 5(4 pontos)

SEÇÃO L. MOBILIDADE E FLEXIBILIDADE

O PROXIMO TESTE VAI MEDIR A FORÇA DE SUAS PERNAS.

L.4
O(A) Sr(a) se sente seguro(a) para tentar se levantar, rapidamente, da cadeira, sem utilizar seus braços?

L.5
Agora, quero que o(a) Sr(a) tente levantar e sentar de uma cadeira, **UMA ÚNICA VEZ** sem utilizar seus braços como apoio.

L. 5a
Se o(a) idoso(a) não tentou ou falhou assinale o por que e depois vá para a questão L.7B:

L.6
O Sr. se sente confiante para tentar levantar-se da cadeira, com os braços cruzados cinco vezes seguidas?

L.7
Agora, mantendo os braços cruzados sobre o peito, quero que o(a) Sr(a) se levante da cadeira, o mais rapidamente possível, **CINCO VEZES** sem fazer nenhuma pausa. Cada vez que o Sr. conseguir ficar em pé, sente-se de novo e, levante-se novamente (60 segundos).

L. 7a
SE O(A) IDOSO(A) NÃO TENTOU OU FALHO ASSINALE O POR QUE E DEPOIS VÁ PARA A QUESTÃO L.7B:

L. 7b
Escore

SIM 1
NÃO 2 → **VÁ PARA L.7b**

REALIZOU O TESTE SEM UTILIZAR OS BRAÇOS 1 → **VÁ PARA L.6**
REALIZOU O TESTE UTILIZANDO OS BRAÇOS 2
NÃO TENTOU 98

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95
NÃO PODE REALIZAR O TESTE SEM AUXÍLIO 90
NÃO TENTOU, ENTREVISTADORA SENTIU-SE INSEGURA . 91
NÃO TENTOU, IDOSO(A) SENTIU-SE INSEGURO(A) 96
IDOSO(A) INCAPAZ DE COMPREENDER AS INSTRUÇÕES . 92
OUTRO 93
ESPECIFIQUE

VÁ PARA L.7b

SIM 1
NÃO 2 → **VÁ PARA L.8**

REALIZOU O TESTE SEM UTILIZAR OS BRAÇOS 1 → **VÁ PARA L.7b**
..... EM: |__|__| segundos
ANOTE A ALTURA DO ASSENTO DA CADEIRA |__|__| cm
REALIZOU O TESTE UTILIZANDO OS BRAÇOS 2 (0 PONTOS)
NÃO TENTOU 98 (0 PONTOS)

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95
NÃO PODE REALIZAR O TESTE SEM AUXÍLIO 90
NÃO TENTOU, ENTREVISTADORA SENTIU-SE INSEGURA . 91
NÃO TENTOU, IDOSO(A) SENTIU-SE INSEGURO(A) 96
IDOSO(A) INCAPAZ DE COMPREENDER AS INSTRUÇÕES . 92
OUTRO 93
ESPECIFIQUE

VÁ PARA L.7b

Não foi capaz de fazer o teste - não realizou os 5 movimentos ou utilizou um tempo > que 60 segundos para completar o teste 1(0 pontos)
Tempo utilizado no teste = 16,70 segundos ou mais 2 (1 ponto)
Tempo utilizado no teste entre 13,70 e 16,69 segundos 3 (2 pontos)
Tempo utilizado no teste entre 11,20 e 13,69 segundos 4 (3 pontos)
Tempo utilizado no teste = 11,19 segundos ou menos 5 (4 pontos)

TOTAL DE PONTOS |__|__|

SEÇÃO L. MOBILIDADE E FLEXIBILIDADE

L. 7b

ESCORE DA BATERIA DE TESTE DE DESEMPENHO FÍSICO

ESCORE TOTAL DOS TESTES DE EQUILÍBRIO |__|__|

ESCORE TOTAL DOS TESTES DE VELOCIDADE |__|__|

ESCORE TOTAL DOS TESTES DE FORÇA DE MEMBROS INFERIORES |__|__|

ESCORE TOTAL |__|__| (some os pontos acima)

O PROXIMO TESTE VAI MEDIR SUA FLEXIBILIDADE

L.8

Nas últimas seis semanas, o Sr. sofreu uma cirurgia de catarata ou uma intervenção na retina?

SIM 1 →

NÃO 2

NS 8

NR 9

ENCERRE A ENTREVISTA

L.9

Para este próximo teste, o Sr. terá que se agachar e apanhar um lápis do chão.

O(A) Sr(a) só poderá realizar esse teste se NÃO sofreu cirurgia de catarata nas últimas seis semanas.

Começando, fique em pé, agache-se, apanhe este lápis, e fique novamente em pé.

COLOQUE O LÁPIS NO CHÃO, NA FRENTE DO ENTREVISTADO E AVISE-O QUANDO COMEÇAR. SE O ENTREVISTADO NÃO CONSEGUIR REALIZAR O TESTE EM MENOS DE 30 SEGUNDOS, NÃO O DEIXE CONTINUAR.

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95

NÃO PODE MANTER A POSIÇÃO SEM AUXÍLIO 90

NÃO TENTOU, ENTREVISTADOR SENTIU-SE INSEGURA . 91

NÃO TENTOU, IDOSO(A) SENTIU-SE INSEGURO(A) 96

IDOSO(A) INCAPAZ DE COMPREENDER AS INSTRUÇÕES . 92

OUTRO 93
ESPECIFIQUE

RECUSOU-SE A TENTAR 98

COMPLETOU O TESTE EM:

segundos |__|__|

HORA DE TÉRMINO: |__|:|__|

SEÇÃO M. MAUSTRATOS

FAREMOS AGORA ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA RELAÇÃO COM AS PESSOAS QUE O RODEIAM E A ATITUDE QUE ESSAS PESSOAS COSTUMAM TER COM O(A) SR(A).

M.1

No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem gritado com o(a) Sr(a) SEM RAZÃO?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
M.3

M.2

Com que frequência?

TODOS OS DIAS 1
 DUAS OU TRÊS VEZES POR SEMANA 2
 UMA VEZ POR SEMANA 3
 DUAS A TRÊS VEZES POR MES 4
 UMA VEZ POR MÊS OU MENOS 5
 NS 8
 NR 9

M.3

No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam o(a) tem chamado por algum nome ou apelido que o(a) Sr(a) não goste?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
M.5

M.4

Com que frequência?

TODOS OS DIAS 1
 DUAS OU TRÊS VEZES POR SEMANA 2
 UMA VEZ POR SEMANA 3
 DUAS A TRÊS VEZES POR MES 4
 UMA VEZ POR MÊS OU MENOS 5
 NS 8
 NR 9

M.5

No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem usado ou mexido no seu dinheiro sem a sua autorização?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
M.7

M.6

Com que frequência?

TODOS OS DIAS 1
 DUAS OU TRÊS VEZES POR SEMANA 2
 UMA VEZ POR SEMANA 3
 DUAS A TRÊS VEZES POR MES 4
 UMA VEZ POR MÊS OU MENOS 5
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO M. MAUSTRATOS

M.7

No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam o(a) tem ameaçado(a) por não fazer o que eles querem que o(a) Sr(a) faça?

SIM 1
NÃO 2
NS 8
NR 9

VÁ PARA
M.9

M.8

Com que frequência?

TODOS OS DIAS 1
DUAS OU TRÊS VEZES POR SEMANA 2
UMA VEZ POR SEMANA 3
DUAS A TRÊS VEZES POR MES 4
UMA VEZ POR MÊS OU MENOS 5
NS 8
NR 9

M.9

No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem batido ou esbofeteado o(a) Sr(a)?

SIM 1
NÃO 2
NS 8
NR 9

VÁ PARA
M.11

M.10

Com que frequência?

TODOS OS DIAS 1
DUAS OU TRÊS VEZES POR SEMANA 2
UMA VEZ POR SEMANA 3
DUAS A TRÊS VEZES POR MES 4
UMA VEZ POR MÊS OU MENOS 5
NS 8
NR 9

M.11

No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem sacudido ou chacoalhado o(a) Sr(a)?

SIM 1
NÃO 2
NS 8
NR 9

VÁ PARA
M.13

M.12

Com que frequência?

TODOS OS DIAS 1
DUAS OU TRÊS VEZES POR SEMANA 2
UMA VEZ POR SEMANA 3
DUAS A TRÊS VEZES POR MES 4
UMA VEZ POR MÊS OU MENOS 5
NS 8
NR 9

SEÇÃO M. MAUS TRATOS

M.13

No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem roubado seu dinheiro ou algum pertence importante para o(a) Sr(a)?

SIM 1
NÃO 2
NS 8
NR 9

VÁ PARA
perguntas e
comentários
finais

M.14

Com que frequência?

TODOS OS DIAS 1
DUAS OU TRÊS VEZES POR SEMANA 2
UMA VEZ POR SEMANA 3
DUAS A TRÊS VEZES POR MÊS 4
UMA VEZ POR MÊS OU MENOS 5
NS 8
NR 9

PERGUNTAS E COMENTÁRIOS FINAIS

<p>1. Observou situação de violência, abandono ou maus tratos de algum integrante da casa com relação ao entrevistado?</p>
<p>2. Descreva a situação:</p>
<p>3. Teve dificuldades para completar o questionário individual?</p>
<p>4. De que tipo?</p>
<p>5. Ocorreu alguma situação especial que tenha dificultado seu trabalho durante a entrevista?</p>
<p>6. Descreva a situação:</p>
<p>7. Mais alguém esteve presente durante a entrevista (além do informante ou substituto)?</p>

SIM 1
 NÃO 2 → VÁ PARA
3

Textual _____

SIM 1
 NÃO 2 → VÁ PARA
5

Textual _____

SIM 1
 NÃO 2 → VÁ PARA
7

Textual _____

SIM 1
 NÃO 2 → VÁ PARA
9

PERGUNTAS E COMENTÁRIOS FINAIS

8. Que relação tinham com a pessoa entrevistada e que tipo de participação tiveram durante a entrevista?

Textual _____

9. Houve recusa e oposição da pessoa entrevistada durante o desenvolvimento da entrevista?

SIM 1
NÃO 2 →

VÁ PARA
11

10. Em que parte ou seção da entrevista?

Textual _____

11. Em que horário e dia da semana considera que é mais fácil encontrar a pessoa entrevistada, caso seja necessário um novo contato.

Textual _____

SEÇÃO N – AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES

ESSA SEÇÃO DEVERÁ SER PREENCHIDA PARA AQUELES IDOSOS QUE REFERIRAM RECEBER AJUDA NO DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA - SEÇÃO D (ESTADO FUNCIONAL). ELAS DEVERÃO SER FEITAS PARA O CUIDADOR PRINCIPAL, OU SEJA, PARA A PESSOA QUE MAIS AJUDA O(A) IDOSO(A).

FAÇA A ENTREVISTA COM O CUIDADOR FAMILIAR NA AUSÊNCIA DO IDOSO.

A SEGUIR ENCONTRA-SE UMA LISTA DE AFIRMATIVAS QUE REFLETEM COMO AS PESSOAS, ALGUMAS VEZES, PODEM SE SENTIR QUANDO CUIDAM DE OUTRA PESSOA. DEPOIS DE CADA AFIRMATIVA, INDIQUE COM QUE FREQUÊNCIA O(A) SR(A) SE SENTE EM RELAÇÃO AO QUE ESTÁ SENDO PERGUNTADO (nunca, raramente, algumas vezes, freqüentemente ou sempre). NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.

<p>Sempre: a situação ocorre nos 7 dias da semana</p> <p>Freqüentemente: a situação ocorre de 3 a 6 dias por semana</p> <p>Algumas vezes: a situação ocorre de 1 a 2 vezes por semana</p> <p>Raramente: a situação ocorre menos de 1 vez por semana mas ocorre em algumas ocasiões</p> <p>Nunca: a situação não ocorre em nenhum momento</p>	NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
N. 1 O(a) Sr(a) sente que <i>(nome do idoso)</i> pede mais ajuda do que ele(a) necessita?	0	1	2	3	4
N. 2 O(a) Sr(a) sente que por causa do tempo que o (a) Sr(a) gasta com <i>(nome do idoso)</i> não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?	0	1	2	3	4
N. 3 O(a) Sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de <i>(nome do idoso)</i> e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?	0	1	2	3	4
N. 4 O(a) Sr(a) sente envergonhado(a) com o comportamento de <i>(nome do idoso)</i> ?	0	1	2	3	4
N. 5 O(a) Sr(a) sente irritado(a) quando <i>(nome do idoso)</i> está por perto?	0	1	2	3	4
N. 6 O(a) Sr(a) sente que <i>(nome do idoso)</i> afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	0	1	2	3	4
N. 7 O(a) Sr(a) sente receio pelo futuro de <i>(nome do idoso)</i> ?	0	1	2	3	4
N. 8 O(a) Sr(a) sente que de <i>(nome do idoso)</i> depende do(a) Sr(a) ?	0	1	2	3	4
N. 9 O(a) Sr(a) se sente tenso(a) quando <i>(nome do idoso)</i> está por perto?	0	1	2	3	4
N. 10 O(a) Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com <i>(nome do idoso)</i> ?	0	1	2	3	4
N. 11 O(a) Sr(a) sente que Não tem tanta privacidade como gostaria por causa de <i>(nome do idoso)</i> ?	0	1	2	3	4
N. 12 O(a) Sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter de cuidar de <i>(nome do idoso)</i> ?	0	1	2	3	4

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
N. 13 O(a) Sr(a) não se sente à vontade em receber visitas em casa por causa de (nome do idoso)?	0	1	2	3	4
N. 14 O(a) Sr(a) sente que (nome do idoso) espera que o(a) Sr(a) cuide dele(a) como se fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?	0	1	2	3	4
N. 15 O(a) Sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de <i>NOME DO IDOSO(A)</i> somando-se às suas outras despesas?	0	1	2	3	4
N. 16 O(a) Sr(a) sente que será incapaz de cuidar de (nome do idoso) por muito mais tempo?	0	1	2	3	4
N. 17 O(a) Sr(a) sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de (nome do idoso)?	0	1	2	3	4
N. 18 O(a) Sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de (nome do idoso)?	0	1	2	3	4
N. 19 O(a) Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por <i>NOME DO IDOSO(A)</i>?	0	1	2	3	4
N. 20 O(a) Sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por (nome do idoso)?	0	1	2	3	4
N. 21 O(a) Sr(a) sente que poderia cuidar melhor de (nome do idoso)?	0	1	2	3	4
N. 22 De uma maneira geral, quanto o(a) Sr(a) se sente sobrecarregado por cuidar de (nome do idoso)?	0	1	2	3	4

APGAR DE FAMÍLIA (para os cuidadores)

“FAMÍLIA” É (SÃO) O(S) INDIVÍDUO(S) COM O(S) QUAL(AIS) VOCÊ HABITUALMENTE VIVE. CASO VOCÊ MORE SOZINHO(A), CONSIDERE FAMÍLIA COMO AQUELAS PESSOAS COM AS QUAIS VOCÊ TEM ATUALMENTE OS LAÇOS EMOCIONAIS MAIS FORTES.

As seguintes perguntas foram elaboradas para nos ajudar a compreender você e sua família. Sinta-se à vontade para fazer perguntas sobre qualquer item do questionário.

Os espaços para comentários devem ser usados quando você desejar fornecer informações adicionais ou discutir a maneira pela qual a pergunta se aplica à sua família.

	SEMPRE	QUASE SEMPRE	ALGUMAS VEZES	RARA-MENTE	NUNCA
N.23a Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.	0	1	2	3	4
COMENTÁRIOS:					
N.23b Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	0	1	2	3	4
COMENTÁRIOS:					
N.23c Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.	0	1	2	3	4
COMENTÁRIOS:					
N.23d Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.	0	1	2	3	4
COMENTÁRIOS:					
N.23e Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	0	1	2	3	4
COMENTÁRIOS:					