

**QUESTIONÁRIO 3 - PESSOA****Controle**

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Identificação da Pessoa**

1. Comunidade: \_\_\_\_\_ 2. Município: \_\_\_\_\_ 3. UF: \_\_\_\_\_
4. Número de Ordem: \_\_\_\_\_ 5. Nome: \_\_\_\_\_
6. Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 7. Idade: \_\_\_\_\_ 8. Sexo: (1) M (2) F
9. Município: \_\_\_\_\_ 10. UF: \_\_\_\_\_ 11. Nasceu em área: (1) Urbana (2) Rural
12. Qual o tempo de moradia na comunidade: \_\_\_\_\_ anos, \_\_\_\_\_ mês(es)
13. Nome do responsável pela propriedade: \_\_\_\_\_
14. Nome do responsável pelo domicílio: \_\_\_\_\_
15. Qual sua relação com o responsável pelo domicílio?
- (01) O próprio (02) Cônjuge / companheiro(a) (03) Filho(a) / enteado(a) (04) Pai / mãe / sogro(a)  
(05) Neto(a) / bisneto(a) (06) Irmão / irmã (07) Outro parente (08) Agregado(a)  
(09) Empregado(a) doméstico(a) (10) Parente de empregado(a) doméstico(a)
16. Qual seu estado civil?
- (1) Solteiro (2) Casado (3) União estável (4) Divorciado (5) Separado (6) Viúvo
17. É portador de documentos de identidade? Qual(is)?
- (1) Certidão de nascimento (2) Certidão de casamento (3) Inscrição no INSS (4) RG  
(5) CTPS (6) CIC / CPF (7) Título de eleitor

**Dados de Saúde e Antropometria**

18. Como você avalia seu estado de saúde?
- (1) Excelente (2) Muito bom (3) Bom (4) Regular (5) Ruim (6) Não sabe
19. Tem algum problema crônico de saúde que exija acompanhamento constante?
- (1) Não → Pule para P23 (2) Sim
20. Faz acompanhamento médico por conta desse problema?
- (1) Não (2) Sim
21. Onde faz acompanhamento?
- (1) Hospital público (2) Posto de saúde (3) Hospital particular (4) No próprio domicílio
22. Qual a principal causa desse problema de saúde?
- (01) Coração (02) Hipertensão (pressão alta) (03) Diabetes (04) Respiratória  
(05) Digestiva (06) Ginecológica (07) Próstata (08) Alergia  
(09) Câncer (10) Ósseo / muscular / articular (11) Neuropsiquiátrica (depressão)  
(12) Hipercolesterolemia (colesterol alto) (13) Outras. Especificar: \_\_\_\_\_

**Para crianças de 0 a 14 anos de idade**

23. Medição: Qual a altura? \_\_\_\_\_ m, \_\_\_\_\_ cm (2) Não foi possível a medição.
24. Pesagem: Qual o peso? \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ g (2) Não foi possível a pesagem.

**Para mulheres de 12 a 49 anos de idade**

25. Esteve grávida alguma vez? (1) Não → Pule para P29 (2) Sim. Quantas vezes? \_\_\_\_\_ Quantos nascidos vivos? \_\_\_\_\_
26. Faz acompanhamento pré-natal quando grávida? (1) Não (2) Sim. Quantas consultas? \_\_\_\_\_
27. Amamentou o filho com leite humano? (1) Não (2) Sim
28. Teve alguma gravidez interrompida com menos de sete meses? (1) Não (2) Sim. Quantas? \_\_\_\_\_

**Qualificação Escolar**

---

29. Sabe ler e escrever? (1) Não (2) Sim (3) Não se aplica
30. Freqüenta creche ou escola?  
(1) Sim, pública (2) Sim, particular (3) Não, já freqüentou (4) Nunca freqüentou → Pule para P33
31. Qual curso freqüenta ou freqüentou?  
(01) Creche (02) Pré-escolar (03) Classe de alfabetização  
(04) Curso de educação de jovens e adultos (05) Ensino fundamental (1ª a 8ª série) (06) Supletivo de ensino fundamental  
(07) Ensino médio (1º a 3º ano) (08) Supletivo de ensino médio (09) Pré-vestibular  
(10) Superior (graduação) (11) Pós-graduação
32. Qual última série escolar cursada com aprovação?  
(01) Primeira (02) Segunda (03) Terceira (04) Quarta  
(05) Quinta (06) Sexta (07) Sétima (08) Oitava  
(09) Primeiro ano E.M. (10) Segundo ano E.M. (11) Terceiro ano E.M. (12) Superior. Qual? \_\_\_\_\_
33. Já utilizou os computadores do telecentro? (1) Não (2) Sim (3) Não se aplica
34. Como você avalia seu conhecimento de informática?  
(1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (6) Não se aplica

**Qualificação Profissional**

---

35. Qual sua situação no mercado de trabalho?  
(01) Empregador (02) Assalariado com CTPS (03) Assalariado sem CTPS (04) Autônomo com previdência.  
(05) Autônomo sem previdência. (06) Aposentado / pensionista. (07) Trabalhador rural. (08) Empregador rural.  
(09) Não trabalha (10) Outro (11) Não se aplica
36. Qual sua ocupação atual? \_\_\_\_\_
37. Qual sua remuneração? R\$ \_\_\_\_\_,00
38. Possui outros rendimentos?  
1- Aposentadoria / pensão: R\$ \_\_\_\_\_,00 2- Seguro desemprego: R\$ \_\_\_\_\_,00  
3- Pensão alimentícia: R\$ \_\_\_\_\_,00 4. Outras rendas: R\$ \_\_\_\_\_,00

**Associativismo e Cooperativismo**

---

**39. Participou de associação, cooperativas, sindicatos ou outros em 2004?**

1. Não → Encerre (2) Não se aplica. → Encerre (3) Sim

40. Nome da organização da qual participou em 2004? \_\_\_\_\_