# Classificadores - Demográficos

| | |
|---|---|
| **A.** | Para começar, gostaria de saber quantas pessoas da sua família moram aqui neste domicílio: *(REGISTRE ABAIXO)*<br>\|____\|____\| *(EXCLUIR EMPREGADOS DOMÉSTICOS)* |

| | |
|---|---|
| **B.** | **O(a) Sr(a) poderia me dizer o primeiro nome de cada uma das pessoas da sua família que moram aqui, seu sexo e idade, começando pelo(a) Sr(a) e depois os outros, indo do de maior idade para o de menor idade?** *(INSISTA PARA OBTER OS DADOS, RETORNE PARA TENTAR COMPLETAR OS DADOS QUE FALTAREM)* |
| **00** | **Menos de 1 ano** |
| **98** | **98 anos ou acima** |
| **99** | **Não sabe** |

| | |
|---|---|
| **C.** | **Para cada pessoa da família que mora aqui , gostaria que o(a) Sr(a) me dissesse qual é a sua posição no domicílio, O SEU PARENTESCO COM O CHEFE DA FAMÍLIA.** *(LEIA NOME POR NOME)* |
| 1 | Chefe |
| 2 | Cônjuge (marido, esposa, companheiro) |
| 3 | Filho/Filha |
| 4 | Enteado/enteada (filho do conjuge) |
| 5 | Pai/ Mãe/Si\ogro/Sogra |
| 7 | Outros parentes |
| 8 | Agregado |
| 9 | Outros |
| 99 | Ignorado |

| | |
|---|---|
| **D.** | **Para cada morador, por favor me diga se ele está trabalhando ou se não está trabalhando atualmente** |
| 1 | Sim |
| 2 | Não |
| 9 | Ignorado |

| | |
|---|---|
| | *(SE ESTÁ TRABALHANDO ATUALMENTE)* |
| **E1.** | **Atualmente o(a)** *(LEIA NOME)* **é ...***(LEIA CATEGORIAS DE P4a)* |
| 1 | Empregador |
| 2 | Empregado com carteira assinada |
| 3 | Empregado sem carteira assinada |
| 4 | Trabalha em negócio da família com ou sem remuneração |
| 5 | Conta própria ou autônomo que trabalha para firmas ou empresas |
| 6 | Conta própria ou autônomo que trabalha para a população em geral |
| 7 | Profissional liberal |
| 8 | Faz trabalhos ocasionais ou bicos |
| 9 | Ignorado |

| | |
|---|---|
| | *(SE NÃO ESTÁ TRABALHANDO ATUALMENTE)* |
| **E2.** | **Atualmente o(a)** *(LEIA NOME)* **é ...***(LEIA CATEGORIAS DE P4b)* |
| 10 | Desempregado, está procurando emprego |
| 11 | Dona(o) de casa |
| 12 | Estudante |
| 13 | Aposentado ou pensionista da Previdência |
| 14 | Vive de renda (inclui pensão alimentícia de divórcio ou desquite) |
| 99 | Ignorado |

| | |
|---|---|
| | *(SE É DESEMPREGADO – CÓDIGO 10 NA P4b)* |
| **E3.** | **Quando foi a última vez que o(a)** *(LEIA NOME)* **procurou emprego?** |
| 1 | Até 7 dias |
| 2 | 8 dias a um mês |
| 3 | Há mais de 1 mês até 3 meses |
| 4 | 4 meses a 6 meses |
| 5 | 7 meses ou mais |
| 9 | Ignorado |

## QUADRO 1 – SOCIODEMOGRÁFICAS

| | A. | B1. | | B2. | C | D. | | | E1. | E2. | E3. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Primeiro nome** | **Sexo**<br>1 Masc.<br>2 Fem. | | **Idade**<br>**0 – menos de 1 ano**<br>**98 – 98 anos ou +**<br>**99. Não sabe** | **Posição na família** | **Está trabalhando ou não**<br>1. Sim<br>2. Não<br>9. NS | | | **Condição de atividade para quem trabalha atualmente**<br>*(Para cód. 1 na D)* | **Condição de atividade para quem não trabalha atualmente**<br>*(Para cód. 2 na D)* | **Procura de emprego**<br>*(Para cód. 10 na E2)* |
| 1. | *(entrevistado)* | 1 | 2 | \|____\|____\| | \|____\|____\| | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|____\|____\| | \|___\| |
| 2. | | 1 | 2 | \|____\|____\| | \|____\|____\| | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|____\|____\| | \|___\| |
| 3. | | 1 | 2 | \|____\|____\| | \|____\|____\| | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|____\|____\| | \|___\| |
| 4. | | 1 | 2 | \|____\|____\| | \|____\|____\| | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|____\|____\| | \|___\| |
| 5. | | 1 | 2 | \|____\|____\| | \|____\|____\| | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|____\|____\| | \|___\| |
| 6. | | 1 | 2 | \|____\|____\| | \|____\|____\| | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|____\|____\| | \|___\| |
| 7. | | 1 | 2 | \|____\|____\| | \|____\|____\| | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|____\|____\| | \|___\| |
| 8. | | 1 | 2 | \|____\|____\| | \|____\|____\| | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|____\|____\| | \|___\| |
| 9. | | 1 | 2 | \|____\|____\| | \|____\|____\| | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|____\|____\| | \|___\| |
| 10. | | 1 | 2 | \|____\|____\| | \|____\|____\| | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|____\|____\| | \|___\| |
| 11. | | 1 | 2 | \|____\|____\| | \|____\|____\| | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|____\|____\| | \|___\| |
| 12. | | 1 | 2 | \|____\|____\| | \|____\|____\| | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|____\|____\| | \|___\| |
| 13. | | 1 | 2 | \|____\|____\| | \|____\|____\| | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|____\|____\| | \|___\| |
| 14. | | 1 | 2 | \|____\|____\| | \|____\|____\| | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|____\|____\| | \|___\| |
| 15. | | 1 | 2 | \|____\|____\| | \|____\|____\| | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|____\|____\| | \|___\| |

## Classificadores – Previdência Social

###APLIQUE PERGUNTAS B ATÉ G PARA CADA MORADOR ACIMA DE 14 ANOS###

| | |
|---|---|
| B. | **PELO QUE O(A) SR(A) SABE, O(A)** *(LEIA NOME)* **ESTÁ CONTRIBUINDO ATUALMENTE PARA A PREVIDÊNCIA OU NÃO?** |
| 1 | Sim |
| 2 | Não |
| **9** | **Ignorado** |

| | |
|---|---|
| C. | **PELO QUE O(A) SR(A) SABE, O(A)** *(LEIA NOME)* **ESTÁ PAGANDO ATUALMENTE A PREVIDÊNCIA, ATRAVÉS DE CARNÊ OU NÃO?** |
| 1 | Sim |
| 2 | Não |
| **9** | **Ignorado** |

| | |
|---|---|
| D. | **O(A)** *(LEIA NOME)* **RECEBE ALGUM BENEFÍCIO DA PREVIDÊNCIA OU NÃO?** |
| 1 | Sim |
| 2 | Não |
| 9 | Ignorado |

| | |
|---|---|
| | *PARA CADA UM QUE RECEBE BENEFÍCIO – CÓDIGO 1 NA D* |
| E. | QUE TIPO BENEFÍCIO OU BENEFÍCIOS O(A) ***(LEIA NOME)*** RECEBE DA PREVIDÊNCIA? *(RESPOSTA MÚLTIPLA)* |
| | **BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS** |
| 1 | Aposentadoria |
| 2 | Pensão por viuvez |
| 3 | Pensão por orfandade |
| 4 | Pensão por invalidez |
| 5 | Auxílio doença |
| | **BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS** **(LOAS – CÓDIGOS B87 E B88 NO RECIBO DE RECEBIMENTO)** |
| 6 | Deficientes |
| 7. | Idosos acima de 67 anos sem outra fonte de renda |
| 9 | Ignorado |

| | |
|---|---|
| | *PARA CADA UM QUE RECEBE BENEFÍCIO – CÓDIGO 1 NA D* |
| F. | **O(A)** *(VEJA NOME)* **VAI PESSOALMENTE RECEBER BENEFÍCIOS OU FAZER CONTATO COM A PREVIDÊNCIA QUANDO NECESSÁRIO?** |
| 1 | Sim |
| 2 | Não |
| **9** | **Ignorado** |

| | |
|---|---|
| | ***PARA CADA BENEFICIÁRIO QUE NÃO VAI PESSOALMENTE RECEBER OS BENEFÍCIOS – CÓDIGO 2 NA F*** |
| G. | **QUAL É A PESSOA QUE COSTUMA IR RECEBER O BENEFÍCIO OU FAZER O CONTATO PELO(A)** *(VEJA NOME)* **COM A PREVIDÊNCIA QUANDO É NECESSÁRIO?** |
| | *(ASSINALE O NÚMERO DA PESSOA)* |

## QUADRO 2 – PREVIDÊNCIA SOCIAL

| | A | B | | | C. | | | C | | | D | G | H |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Primeiro nome (TRANSFIRA)** | **Contribuição**<br>1. Sim<br>2. Não<br>9. NS | | | **Pagamento de Carnê**<br>1. Sim<br>2. Não<br>9. NS | | | **Recebe benefício ou beneficios?** | | | **Benefício recebido (resposta múltipla)** | **Essa pessoa vai pessoalmente receber benefícios ou fazer contato com a Previdência quando necessário?** | **Pessoa que costuma ir receber o benefício ou fazer o contato com a Previdência quando necessário** |
| 1. | *(entrevistado)* | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | \|____\|____\|____\| | \|____\| | \|____\| |
| 2. | | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | \|____\|____\|____\| | \|____\| | \|____\| |
| 3. | | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | \|____\|____\|____\| | \|____\| | \|____\| |
| 4. | | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | \|____\|____\|____\| | \|____\| | \|____\| |
| 5. | | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | \|____\|____\|____\| | \|____\| | \|____\| |
| 6. | | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | \|____\|____\|____\| | \|____\| | \|____\| |
| 7. | | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | \|____\|____\|____\| | \|____\| | \|____\| |
| 8. | | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | \|____\|____\|____\| | \|____\| | \|____\| |
| 9. | | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | \|____\|____\|____\| | \|____\| | \|____\| |
| 10. | | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | \|____\|____\|____\| | \|____\| | \|____\| |
| 11. | | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | \|____\|____\|____\| | \|____\| | \|____\| |
| 12. | | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | \|____\|____\|____\| | \|____\| | \|____\| |
| 13. | | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | \|____\|____\|____\| | \|____\| | \|____\| |
| 14. | | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | \|____\|____\|____\| | \|____\| | \|____\| |
| 15. | | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 | \|____\|____\|____\| | \|____\| | \|____\| |

*### INSTRUÇÕES PARA A SELEÇÃO DO RESPONDENTE SOBRE AS PERGUNTAS DE AVALIAÇÃO DA PREVIDÊNCIA###*

*SE O INFORMANTE FOR BENEFICIÁRIO DA PREVIDÊNCIA E RECEBE PESSOALMENTE OS BENEFÍCIOS OU FAZ OS CONTATOS COM A PREVIDÊNCIA OU SE NÃO HOUVER BENEFICIÁRIOS DA PREVIDÊNCIA NO DOMICÍLIO, FAÇA AS PERGUNTAS SEGUINTES AO PRÓPRIO ENTREVISTADO.*

*SE O(S) BENEFICIÁRIO(S) DA PREVIDÊNCIA NO DOMICÍLIO NÃO VÃO PESSOALMENTE RECEBER OS BENEFÍCIOS E NÃO FAZEM PESSOALMENTE O CONTATO COM A PREVIDÊNCIA QUANDO NECESSÁRIO, FAÇA AS PERGUNTAS SEGUINTES PARA A OUTRA PESSOA DO DOMICÍLIO QUE FAZ O RECEBIMENTO OU CONTATO.*

*SE HOUVER MAIS DE UMA PESSOA MAIOR DE 18 ANOS QUE RECEBA BENEFÍCIOS DA PREVIDÊNCIA, ENTREVISTE AQUELA QUE FIZER ANIVERSÁRIO NA DATA MAIS PRÓXIMA E QUE COSTUMA IR RECEBER PESSOALMENTE OS BENEFÍCIOS OU FAZ OS CONTATOS COM A PREVIDÊNCIA QUANDO NECESSÁRIO.*

*(SE HOUVER MUDANÇA DE INFORMANTE , VERIFIQUE OS DADOS SOBRE O ENTREVISTADO QUE FORAM FORNECIDOS PELO INFORMANTE ANTES DE PROSSEGUIR: PERGUNTAS B ATÉ G)*

**NOME E NÚMERO DO ENTREVISTADO QUE RESPONDERÁ SOBRE PREVIDÊNCIA NO DOMICÍLIO:** _____ |___|___|

**I. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) foi receber algum benefício da Previdência em seu nome ou em nome de alguém, ou entrou em contato com a Previdência para pedir alguma informação, ou fazer algum pedido, ou para tratar de alguma documentação?**

1 Nunca.....→ PULE PARA SAÚDE
2 Menos de um mês
3 Mais de 1 até 3 meses
4 Mais de 3 a té 6 meses
5 Mais de 6 meses até 1 ano
6 Mais de um ano..... → PULE PARA SAÚDE
9 Ignorado..... → PULE PARA SAÚDE

*(SE, ALTERNATIVAS 1, 6 E 9 – VERIFIQUE SE OUTRA PESSOA DA FAMÍLIA FEZ CONTATO NOS ÚLTIMOS 12 MESES)*

**J. Nos últimos 12 meses, por qual ou quais das razões que eu citar, o(a) Sr(a) entrou em contato com a Previdência ?** *(LEIA ALTERNATIVAS 1 A 21 - RESPOSTA MÚLTIPLA)*

1 Para receber benefício em seu próprio nome
2 Para receber benefício em nome de outra pessoa

PARA PEDIR INFORMAÇÕES:

**3** Sobre benefícios
**4** Sobre legislação
**5** Sobre documentos
**6** Sobre contribuições
**7** Sobre processos em andamento ou encerrados
**8** Simulação de cálculo de renda mensal inicial

FAZER ALGUM PEDIDO, REQUERIMENTO OU PREENCHER FORMULÁRIO DE:

9 Manutenção de benefícios:
10 Pedido de aposentadoria
11 Pedido de pensão
12 Perícia médica
13 Atualização de dados
14 Cessação/ corte do benefício 99 Ignorado
15 Transferência do benefício
16 Cálculo do reajuste do benefício
17 Reativação do pagamento
18 Revisão do imposto de renda
19 Reabilitação profissional
20 Isenção do imposto de renda
21 Cadastramento

**K. Nos últimos 12 meses de qual das maneiras que eu citar, o(a) Sr(a) entrou em contato com a Previdência?** *(RESPOSTA MÚLTIPLA)*

1 Em agência bancária
2 Em posto ou agência do INSS
3 Pelo telefone (PREVIFONE)
4 Em quiosque do INSS (PREVIFÁCIL) 9.Ignorado
5 Pela Internet (PREVINET)
6 Por Correio
7 Por fax

**L. Nos últimos 12 meses, no total, quantas vezes o(a) Sr(a) entrou em contato com a Previdência de qualquer uma das maneiras que eu citei?**

1 Uma
2 Duas
3 Três
4 Quatro 9. Ignorado
5 Cinco
6 Seis
7 Mais de seis

**M. – Alguma vez, já aconteceu do(a) Sr(a) ter que pagar por algum atendimento da Previdência que deveria ser de graça, ou para apressar o atendimento ou serviço?**

1 Não Sim. Quantas vezes? |___|___| 99 Ignorado

## Classificadores – Saúde pública

*###VOLTE A FALAR COM O INFORMANTE OU COM A PESSOA MAIS PREPARADA PARA RESPONDER SOBRE TODOS OS MEMBROS DA FAMÍLIA###*

**Vou fazer, agora, agumas perguntas sobre atendimento de saúde**.

| B. | **PARA CADA PESSOA DA FAMÍLIA ME RESPONDA SE ELE OU ELA PRECISOU DE QUALQUER ATENDIMENTO MÉDICO NOS ÚLTIMOS 3 MESES?** *(LEIA TODOS OS NOMES UM A UM)* |
|---|---|
| 1 | Não ---→ P.P. I |
| 2 | Sim |
| 9 | Ignorado |

| C. | **QUE TIPO DE ATENDIMENTO MÉDICO O(A)** *(VEJA NOMES COM CÓDIGO 1 NA B)* **RECEBEU NOS ÚLTIMOS 3 MESES?** *(RM)* |
|---|---|
| 1 | Atendimento simples sem necessidade de consulta médica |
| 2 | Consulta simples com médico |
| 3 | Consulta que exigiu exames adicionais: laboratório, Raio-X, etc... |
| 4 | Consulta que exigiu mais consultas com médico especialista |
| 5 | Realização de tratamento regular de doença crônica |
| 6 | Vacinação |
| 7 | Internação em hospital ou clínica |
| 8 | Atendimento de emergência por acidente ou doença grave |
| 9 | Ignorado ----------→ P.P. E |
| 0 | Nenhum ----------→ P.P. G |

| | *APENAS SE* **RECEBEU** *MAIS QUE UM ATENDIMENTO MÉDICO NOS ÚLTIMOS 3 MESES – MAIS DE UM CÓDIGO ASSINALADO EM C* |
|---|---|
| D. | **QUE TIPO DE ATENDIMENTO O(A)** *(VEJA NOMES COM RM NA C)* **RECEBEU NA ÚLTIMA VEZ QUE PRECISOU DE ATENDIMENTO MÉDICO?** (RU) |
| | *USAR OS MESMOS CÓDIGOS DA PERGUNTA C* |

| E. | **ONDE O(A)** *(VEJA NOMES COM CÓDIGO 1 NA B)* **RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO NOS ÚLTIMOS 3 MESES?** ***(RM) VER MUDANÇAS*** |
|---|---|
| 1 | Posto de saúde público |
| 2 | Pronto-socorro público |
| 3 | Hospital público |
| 4 | Médico de família ou agente de saúde público |
| 5 | Atendimento particular em clinica, pronto-socorro ou hospital, incluindo de plano de saúde |
| 6 | Atendimento pelo SUS em clinica, pronto-socorro ou hospital |
| 7 | Clinica, pronto socorro, hospital, médico de família rede ignorada |
| 9 | Ignorado |

| | *APENAS SE* **RECEBEU** *ATENDIMENTO MÉDICO EM MAIS DE UM LOCAL NOS ÚLTIMOS 3 MESES – MAIS DE UM CÓDIGO ASSINALADO EM E)* |
|---|---|
| F | **ONDE O(A)** *(VEJA NOMES COM CÓDIGO 1 NA B)* **RECEBEU ATENDIMENTO NA ÚLTIMA VEZ QUE PRECISOU DE ATENDIMENTO RECEBEU?** (RU) |
| | *USAR OS MESMOS CÓDIGOS DA PERGUNTA E* |

| G. | **NOS ÚLTIMOS 3 MESES O(A)** *(LEIA TODOS OS NOMES UM A UM)* **PRECISOU DE ATENDIMENTO MÉDICO PÚBLICO ALGUMA VEZ E DEIXOU DE SER ATENDIDO?** |
|---|---|
| 1 | Sim |
| 2 | Não |
| 9 | Ignorado |

| H. | **O QUE FEZ O(A)** *(VEJA NOMES COM CÓDIGO 1 NA G)* **QUANDO NÃO CONSEGUIU ATENDIMENTO MÉDICO PÚBLICO? (VER SE ESTÁ MUTUAMENTE EXCLUSIVA)** |
|---|---|
| 1 | Pagou atendimento particular |
| 2 | Ficou sem atendimento |
| 3 | Tentou outra vez no serviço público e foi atendido |
| 4 | Tentou outra vez no serviço público e não foi atendido |
| 5 | Outro |
| 9 | Ignorado |

| i. | *(PARA TODOS)* **O(a)** *(LEIA TODOS OS NOMES UM A UM)* **TEM SEGURO SAÚDE, PLANO OU PLANO DE SAÚDE OU ATENDIMENTO FORNECIDO PELA EMPRESA EM QUE TRABALHA OU DEPENDE TOTALMENTE DO ATENDIMENTO PÚBLICO DE SAÚDE?** |
|---|---|
| 1 | Depende totalmente do atendimento público |
| | *(SE TEM PLANO DE SAÚDE)* **ESTE PLANO É UM ...** *(LEIA ALTERNATIVAS 2 A 4)* |
| 2 | Plano, seguro ou atendimento de saúde pago totalmente pela empresa |
| 3 | Plano ou seguro pago parte pela empresa, parte pelo entrevistado |
| 4 | Plano ou seguro pago totalmente pelo entrevistado |
| 5 | Outro |
| 9 | Ignorado |

## QUADRO 3 – SAÚDE

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Primeiro nome (TRANSFIRA)** | Precisou de atendi-mento | Que tipo de atendimento recebeu nos últimos 3 meses? (resposta múltipla) | Último tipo de atendimento que recebeu (RU) | Onde recebeu atendimento nos últimos 3 meses (resposta múltipla) | Local que recebeu na última vez que precisou (RU) | Deixou de ser atendido quando procurou atendime-nto público | O que fez quando não foi atendido | Tem seguro saúde ou depende de serviço público de saúde |
| 1 | | 1 2 9 | \|____\|____\|____\| | \|___\| | \|____\|____\|____\| | \|___\| | 1 2 9 | \|___\| | \|___\| |
| 2 | | 1 2 9 | \|____\|____\|____\| | \|___\| | \|____\|____\|____\| | \|___\| | 1 2 9 | \|___\| | \|___\| |
| 3 | | 1 2 9 | \|____\|____\|____\| | \|___\| | \|____\|____\|____\| | \|___\| | 1 2 9 | \|___\| | \|___\| |
| 4 | | 1 2 9 | \|____\|____\|____\| | \|___\| | \|____\|____\|____\| | \|___\| | 1 2 9 | \|___\| | \|___\| |
| 5 | | 1 2 9 | \|____\|____\|____\| | \|___\| | \|____\|____\|____\| | \|___\| | 1 2 9 | \|___\| | \|___\| |
| 6 | | 1 2 9 | \|____\|____\|____\| | \|___\| | \|____\|____\|____\| | \|___\| | 1 2 9 | \|___\| | \|___\| |
| 7 | | 1 2 9 | \|____\|____\|____\| | \|___\| | \|____\|____\|____\| | \|___\| | 1 2 9 | \|___\| | \|___\| |
| 8 | | 1 2 9 | \|____\|____\|____\| | \|___\| | \|____\|____\|____\| | \|___\| | 1 2 9 | \|___\| | \|___\| |
| 9 | | 1 2 9 | \|____\|____\|____\| | \|___\| | \|____\|____\|____\| | \|___\| | 1 2 9 | \|___\| | \|___\| |
| 10 | | 1 2 9 | \|____\|____\|____\| | \|___\| | \|____\|____\|____\| | \|___\| | 1 2 9 | \|___\| | \|___\| |
| 11 | | 1 2 9 | \|____\|____\|____\| | \|___\| | \|____\|____\|____\| | \|___\| | 1 2 9 | \|___\| | \|___\| |
| 12 | | 1 2 9 | \|____\|____\|____\| | \|___\| | \|____\|____\|____\| | \|___\| | 1 2 9 | \|___\| | \|___\| |
| 13 | | 1 2 9 | \|____\|____\|____\| | \|___\| | \|____\|____\|____\| | \|___\| | 1 2 9 | \|___\| | \|___\| |
| 14 | | 1 2 9 | \|____\|____\|____\| | \|___\| | \|____\|____\|____\| | \|___\| | 1 2 9 | \|___\| | \|___\| |
| 15 | | 1 2 9 | \|____\|____\|____\| | \|___\| | \|____\|____\|____\| | \|___\| | 1 2 9 | \|___\| | \|___\| |

**J- Onde fica o local de atendimento de saúde público mais próximo da sua casa? *(LEIA ALTERNATIVAS 1 A 4)***

1 No seu bairro
2 Em outro bairro próximo do seu
3 No seu município, mas em bairro distante do seu
4 Em outro município
9 Ignorado

**K - Quanto tempo demora, aproximadamente, para chegar da sua casa até o local de atendimento de saúde público mais próximo?**

1 Até 1 hora
2 Mais de uma até 2 horas
3 Mais de 2 até 3 horas
4 Mais de 3 até 4 horas
5 Mais de 4 até 8 horas
6 Mais de 8 até 24 horas
7 Mais de 24 horas
9 Ignorado

***(SE RECEBEU ATENDIMENTO PÚBLICO NOS ÚLTIMOS 3 MESES – CÓDIGOS 1,2,3 ou 6 NA E)***

**L – Na última vez que o Sr(a) ou alguém da sua família precisou de atendimento médico público nos últimos 3 meses, quanto tempo precisou até ser atendido por um médico?**

1. Até 1 hora
2 Mais de uma até 2 horas
3 Mais de 2 até 3 horas
4 Mais de 3 até 4 horas
5 Mais de 4 até 8 horas
6 Mais de 8 até 24 horas
7 Mais de 1 até 2 dias
8 Mais de 2 dias
9 Ignorado

**K – Alguma vez, já aconteceu do(a) Sr(a) ter que pagar por algum atendimento ou serviço médico PÚBLICO que deveria ser de graça, ou para apressar o atendimento ou serviço?**

1 Não
2 Sim. Quantas vezes? |___|___| 9. Ignorado

# Classificadores – Educação

**VAMOS FALAR AGORA SOBRE EDUCAÇÃO:**

| **B – O(A)** *(LEIA PARA CADA MORADOR)* **SABE LER E ESCREVER?** | | **C – O(A)** *(LEIA PARA CADA MORADOR)* **ESTÁ MATRICULADO EM ESCOLA OU FACULDADE HOJE?** | |
|---|---|---|---|
| 1 | Sim | 1 | Sim |
| 2 | Não | 2 | Não |
| 9 | Ignorado | 9 | Ignorado |

| D. *(PARA 7 ANOS OU MAIS DE IDADE QUE NÃO ESTÃO MATRICULADOS)* **O(A) NÃO ESTÁ MATRICULADO POR FALTA DE VAGA OU POR OUTRA RAZÃO?)** | |
|---|---|
| 1 | Sim, falta de vaga |
| 2 | Não, outra razão |
| 9 | Ignorado |

| **E.** | **QUAL FOI O ÚLTIMO ANO DE ESTUDO QUE O(A)** *(LEIA CADA NOME COM 7 ANOS OU MAIS DE IDADE)* **COMPLETOU** | |
|---|---|---|
| | **Sistema Atual** | **Sistema antigo** |
| 0 | Nunca estudou | Nunca estudou |
| 1 | Não completou 1ªSérie do 1ºGrau | Não completou 1 ano de primário |
| 2 | 1ª Série do 1º Grau | 1ª º série do Primário |
| 3 | 2ª Série do 1º Grau | 2ª série do Primário |
| 4 | 3ª Série do 1º Grau | 3ª série do Primário |
| 5 | 4ª Série do 1º Grau | 4ª série do Primário |
| 6 | ---------- | 5ª Série Primário |
| 7 | 5ª Série do 1º Grau | 1ª série Ginasial |
| 8 | 6ª Série do 1º Grau | 2ª série Ginasial |
| 10 | 7ª Série do 1º Grau | 3ª Série Ginasial |
| 11 | 8ª Série do 1º Grau | 4ª Série Ginasial |
| 12 | Supletivo 1º grau incompleto | |
| 13 | Supletivo 1º grau completo | |
| 14 | 1ª Série do 2º Grau ou Técnico | 1 ano de Colegial ou Técnico |
| 15 | 2ª Série do 2º Grau ou Técnico | 2 anos de Colegial ou Técnico |
| 16 | 3ª Série do 2º Grau ou Técnico | 3 anos de Colegial ou Técnico |
| 17 | Supletivo 2º grau incompleto | |
| 18 | Supletivo 2º grau completo | |
| 19 | 1 ano Superior ou equivalente | |
| 20 | 2 anos Superior ou equivalente | |
| 21 | 3 anos Superior ou equivalente | |
| 22 | Superior completo (4 anos ou equivalente) | |
| 23 | Mestrado completo ou incompleto | |
| 24 | Doutorado completo ou incompleto | |
| 25 | Mais do que doutorado | |
| 99 | Ignorado | |

| **F.** | *(PARA CADA UM QUE ESTÁ MATRICULADO)* **QUE TIPO DE ESCOLA O(A)** *(LEIA CADA NOME)* **FREQÜENTA?** *(LEIA 1 A 7)* |
|---|---|
| 1 | Pública municipal |
| 2 | Pública Estadual |
| 3 | Pública Federal |
| 4 | Pública não especificada |
| 5 | Particular, paga sem bolsa de estudos |
| 6 | Particular, paga, com bolsa de estudos parcial |
| 7 | Particular, não paga ou com bolsa de estudos integral |
| 8 | Ignorado |

| **G.** | **QUANTO TEMPO O(A) A** *(LEIA CADA NOME QUE FREQUENTA)* **LEVA PARA IR DE CASA ATÉ A ESCOLA?** |
|---|---|
| 1 | Até 15 minutos |
| 2 | 16 a 30 minutos |
| 3 | 31 a 60 minutos, 1 hora |
| 4 | 61 a 120 minutos |
| 5 | Mais de 120 minutos, 2horas |
| 6 | Ignorado |

| H. | A *(LEIA CADA NOME QUE FREQUENTA)* **CONSEGUIU VAGA NA ESCOLA QUE QUERIA OU NÃO ?** |
|---|---|
| 1 | Sim |
| 2 | Não |
| 9 | Ignorado |

| **I.** | **O(A) Sr(A) JÁ ESTEVE NA ESCOLA QUE O(A)** *(LEIA CADA NOME QUE FREQUENTA)* **FREQUENTA?** |
|---|---|
| 1 | Não |
| 2 | Na porta mas não entrou |
| 3 | Entrou mas só viu parte da escola |
| 4 | Entrou e viu a escola toda |
| 9 | Ignorado |

## QUADRO 4 – EDUCAÇÃO

| | A | B | | | C | D | E | F | G | H | I |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **P2. Primeiro nome (TRANSFIRA)** | Alfabetizado (Sabe ler e escrever) | | | Está matri-culado | Faltou vaga | Último ano que cursou ou está cursando | Rede | Tempo para ir á escola | Conseguiu vaga na escola que queria | Já visitou a escola |
| **1** | | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|___\| | \|___\|___\| | \|__\| | \|___\| | \|___\| | \|___\| |
| **2** | | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|___\| | \|___\|___\| | \|__\| | \|___\| | \|___\| | \|___\| |
| **3** | | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|___\| | \|___\|___\| | \|__\| | \|___\| | \|___\| | \|___\| |
| **4** | | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|___\| | \|___\|___\| | \|__\| | \|___\| | \|___\| | \|___\| |
| **5** | | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|___\| | \|___\|___\| | \|__\| | \|___\| | \|___\| | \|___\| |
| **6** | | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|___\| | \|___\|___\| | \|__\| | \|___\| | \|___\| | \|___\| |
| **7** | | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|___\| | \|___\|___\| | \|__\| | \|___\| | \|___\| | \|___\| |
| **8** | | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|___\| | \|___\|___\| | \|__\| | \|___\| | \|___\| | \|___\| |
| **9** | | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|___\| | \|___\|___\| | \|__\| | \|___\| | \|___\| | \|___\| |
| **10** | | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|___\| | \|___\|___\| | \|__\| | \|___\| | \|___\| | \|___\| |
| **11** | | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|___\| | \|___\|___\| | \|__\| | \|___\| | \|___\| | \|___\| |
| **12** | | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|___\| | \|___\|___\| | \|__\| | \|___\| | \|___\| | \|___\| |
| **13** | | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|___\| | \|___\|___\| | \|__\| | \|___\| | \|___\| | \|___\| |
| **14** | | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|___\| | \|___\|___\| | \|__\| | \|___\| | \|___\| | \|___\| |
| **15** | | 1 | 2 | 9 | \|___\| | \|___\| | \|___\|___\| | \|__\| | \|___\| | \|___\| | \|___\| |

*##PARA OS INFORMANTES QUE TEM FILHOS MATRICULADOS MENORES DE 18 ANOS : A PERGUNTA É GERAL E NÃO PRECISA SER APLICADA PARA CADA FILHO##*

**J) Pensando, agora, nos professores que dão aulas para seus filhos com menos de 18 anos, o(a) Sr(a) diria que conhece:**

1 - Todos
2 - A maioria
3 - Alguns
4 - Poucos
5 – Nenhum
9 - Ignorado

*(SE TEM FILHO CURSANDO ATÉ SEGUNDO GRAU EM ESCOLA PÚBLICA)*

**K) O(a) Sr(a) contribui com dinheiro para a APM, Associação de Pais e Mestres da escola do(s) seu(s) filho(s) ou não?**

1. Sim
2. Não
**9.** Ignorado

**L. O(a) Sr(a) dá algum outro tipo de contribuição em dinheiro ou na forma de participação em trabalhos ou atividades para a escola do(s) seu(s) filho(s) ou não?**

1. Sim
2. Não
9. Ignorado

**TIREI NÚMERO DE VEZES. OK?**