

Nome: \_\_\_\_\_

**MÓDULO PERCEPÇÃO DE SAÚDE E MORBIDADE REFERIDA**

Agora farei perguntas sobre sua saúde.

**1) De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como o(a) Sr.(a) considera o seu próprio estado de saúde?**

Entrevistador: Leia as alternativas.

1. ( ) Excelente    2. ( ) Muito bom    3. ( ) Bom    4. ( ) Regular    5. ( ) Ruim

Não leia 9. ( ) NS/NR

**2) Algun médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem ou teve algumas dessas doenças?**

Entrevistador: Leia as alternativas. **ATENÇÃO!** Não deixe alternativas em branco.

1. Doença da coluna ou costas	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
2. Doença de Tiróide	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
3. (Mulher)Abortamento espontâneo	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
4. (Mulher) Historia de gravidez com mal formação congênita	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
5. Dificuldade para engravidar .....	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
6. Artrite/Reumatismo (não infeccioso)/Gota	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
7. Tendinite/LER (Lesão de esforço repetitivo)	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
8. Ataque do coração/Infarto	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
9. Angina ou doença das coronárias	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
10. Insuficiência cardíaca/Coração grande (Chagas?)	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
11. Derrame	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
12. Demência	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
13. Doença Parkinson	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
14. Depressão	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
15. Outros transtornos Mentais	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
16. Enfisema	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
17. Bronquite crônica/Asma	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
18. Doença renal crônica	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
19. Cirrose do fígado	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
20. Hepatite	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
21. Tuberculose	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
22. Malária	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
23. Hanseníase	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
24. AIDS/SIDA	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
25. Sífilis	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
26. Gonorreia	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
Não Leia 28. Outra _____ (especifique)	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
Não Leia 29. Outra _____ (especifique)	1. ( ) Sim	2. ( ) Não
Não Leia 30. Outra _____ (especifique)	1. ( ) Sim	2. ( ) Não

**HAS, Câncer e Diabetes a seguir**

## MÓDULO PRESSÃO ARTERIAL

Agora, farei perguntas sobre sua pressão

1) Algum médico, enfermeiro já mediu a sua pressão?

1.  Sim                      2.  Não

2) Quando foi a última vez que um médico, enfermeiro mediu a sua pressão?

Entrevistador: Leia somente se necessário

1.  Há até 6 meses                      2.  Há mais de 6 meses até 1 ano  
3.  Há mais de 1 ano até 2 anos                      4.  Há mais de 2 anos até 5 anos  
5.  Há mais de 5 anos                      **Não leia** 9. NS/NR

3) Algum médico, enfermeiro ou agente comunitário de saúde já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta?

1.  Sim                      2.  Não

4) Atualmente, o/a Sr.(a) está usando o remédio para CONTROLAR sua pressão?

1.  Sim                      2.  Não

5) Como o(a) Sr.(a) está usando o remédio?

Entrevistador: Leia as alternativas.

1.  Todos os dias  
2.  Dia sim, dia não, por prescrição do médico  
3.  Só quando a pressão sobe  
Não leia 4. Outros \_\_\_\_\_ (especifique)

## MÓDULO COLESTEROL

Agora eu farei perguntas sobre seu colesterol, que é um tipo de gordura presente no sangue.

1) Alguma vez o(a) Sr.(a) fez exame de sangue para medir o seu colesterol?

1.  Sim  
2.  Não  
9.  NS/NR

2) Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) fez exame para medir o seu colesterol?

**Entrevistador: Leia somente se necessário**

1. ( ) Há até 6 meses  
2. ( ) Há mais de 6 meses até 1 ano  
3. ( ) Há mais de 1 ano até 2 anos  
4. ( ) Há mais de 2 anos até 5 anos  
5. ( ) Há mais de 5 anos  
Não leia 9. ( ) NS/NR

3) Algum médico, enfermeiro ou nutricionista já lhe disse que o Sr.(a) tem colesterol alto?

1. ( ) Sim  
2. ( ) Não

### **MÓDULO DE DIABETES**

1) O(A) Sr.(a) já fez exame para medir o açúcar no sangue ou diagnosticar diabetes?

1. ( ) Sim  
2. ( ) Não

2) Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) fez exame para medir o açúcar do seu sangue?

**Entrevistador: Leia somente, se necessário.**

1. ( ) Há até 6 meses  
2. ( ) Mais de 6 meses até 1 ano  
3. ( ) Há mais de 1 ano até 3 anos  
4. ( ) Há mais de 3 anos  
Não leia 9. ( ) NS/NR

3) Qual foi o resultado do exame?

1. ( ) normal  
2. ( ) diabético  
3. ( ) açúcar um pouco elevado

4) Depois que disseram que o(a) Sr.(a) é diabético, algum médico, enfermeiro ou nutricionista receitou uma dieta para diabetes (pouco açúcar, pouco macarrão, etc.)?

1. ( ) Sim  
2. ( ) Não

### **MÓDULO CÂNCER**

Agora eu vou fazer umas perguntas sobre uma doença que, geralmente, as pessoas não gostam nem de falar o seu nome: câncer. Mas hoje em dia, muitos casos dessa doença podem ser curados quando descobertas e tratados logo no início.

1) Algum médico já disse que o(a) Sr.(a) tem ou já teve câncer?

1. ( ) Sim  
2. ( ) Não

2) O médico disse para o(a) Sr.(a) qual é o local deste câncer?

1. ( ) Sim

2. ( ) Não

3) Qual era a localização deste câncer na época do diagnóstico?

\_\_\_\_\_ CODIFICAR (POSTERIORMENTE)

Entrevistador: Caso a entrevistada responda útero, pergunte se foi/é câncer de colo do útero ou de corpo do útero. Se ela não souber se foi/é colo ou corpo anotar ÚTERO SOE.

4) Qual era a sua idade quando disseram que o(a) Sr.(a) tinha (este) câncer?

\_\_\_\_\_ Anos

#### **MÓDULO TABAGISMO EM ADULTO**

1) Alguma vez o(a) Sr.(a) já experimentou ou tentou fumar cigarros, mesmo uma ou duas tragadas?

1. ( ) Sim

2. ( ) Não

2) Somando todos os cigarros que o(a) Sr.(a) fumou na vida inteira, o total chega a 5 maços ou 100 cigarros?

1. ( ) Sim

2. ( ) Não

3) Há quanto tempo o(a) Sr.(a) começou a fumar cigarros, regularmente, quer dizer, pelo menos 1 cigarro por semana, mesmo que tenha parado?

Entrevistador: Caso nunca tenha fumado regularmente coloque "00" em anos e meses.

\_\_\_\_\_ Anos

\_\_\_\_\_ Meses

99. ( ) NS/NR

4) Atualmente, o(a) Sr.(a) fuma cigarros?

1. ( ) Sim

2. ( ) Não

6) Atualmente, o(a) Sr.(a) fuma cigarros diariamente?

1. ( ) Sim

2. ( ) Não

## MODULO ALCÓOL

As perguntas que farei agora são sobre a frequência e a quantidade de bebidas alcoólicas que o(a) Sr.(a) consome.

1) Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) consumiu alguma bebida alcoólica como cerveja, vinho, cachaça, uísque, licore, etc.?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) NS/NR

2) Durante os últimos 30 dias, aproximadamente, em quantos dias, por semana ou por mês, o(a) Sr.(a) consumiu bebidas alcoólicas?

1. \_\_\_\_\_ Dias por semana
2. \_\_\_\_\_ Dias por mês
99. ( ) NS/NR

3) Nesta entrevista, consideramos uma dose de bebida alcoólica uma lata de cerveja, uma taça de vinho, um drinque ou cocktail ou uma dose de cachaça ou uísque. Sendo assim, nos dias em que o (a) Sr.(a) bebeu, quantas doses, em média, o(a) Sr.(a) ingeriu por dia?

\_\_\_\_\_ Doses por dia                      99. ( ) NS/NR

4) Levando em consideração todos os tipos de bebidas alcoólicas, quantas vezes nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) consumiu cinco ou mais copos ou doses em uma única ocasião?

\_\_\_\_\_ Vezes                      00. ( ) Nenhuma                      99. ( ) NS/NR

## MODULO SITUAÇÃO E EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

Agora, farei perguntas sobre seu trabalho e substâncias ou produtos a que o(a) Sr.(a) pode ter tido ou estar em contato no trabalho.

1) Atualmente o(a) Sr.(a) tem um trabalho ou atividade remunerada?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

2) Por que o(a) Sr.(a) não tem um trabalho remunerado?

Entrevistador: No caso do entrevistado informar duas alternativas, devem ser observadas as seguintes situações:

Informação	Assinalar
( ) Desempregado e aposentado	( ) Aposentado
( ) Desempregado e estudante	( ) Estudante
( ) Desempregado e do lar	( ) Caracterizar se é do lar porque está desempregada. Neste caso assinalar desempregado. Caso Contrário assinalar do lar
( ) Estudante e aposentado	( ) Aposentado
( ) Estudante e do lar	( ) Estudante
( ) Não pode trabalhar por problemas de saúde	( ) Não pode trabalhar por problema de saúde

1. ( ) Desempregado
2. ( ) Aposentado
3. ( ) Estudante
4. ( ) Do lar

5. ( ) Não pode trabalhar por problemas de saúde 6. ( ) Outros \_\_\_\_\_ especifique

**3) O(a) Sr.(a) já teve um trabalho ou atividade remunerada?**

1. ( ) Sim

2. ( ) Não

**Entrevistador: Nas perguntas 4, 5, 7 e 8, procure escrever com detalhes o local e tipo de ocupação exercida pelo(a) entrevistado(a).**

**4) Qual é a sua principal ocupação? Por exemplo: Motorista de ônibus, mecânico de automóveis, Office boy, auxiliar de pesquisa, médico veterinário, etc. ATUAL**

\_\_\_\_\_ COD (codificação posterior)

**5) Onde o(a) Sr.(a) trabalha? Por exemplo: Oficina de automóveis, escritório de contabilidade, veterinária restaurante, etc. ATUAL**

\_\_\_\_\_ COD (codificação posterior)

**6) Qual foi a ocupação que o(a) Sr.(a) teve por mais tempo? Por exemplo: Auxiliar de escritório, arquiteto, enfermeiro, bombeiro hidráulico, etc.**

\_\_\_\_\_ COD (codificação posterior)

**7) Onde o(a) Sr.(a) trabalhava ou tinha esta atividade de \_\_\_\_\_ (citar ocupação da pergunta 6)? Por exemplo: fábrica de cimento, faculdade particular, seção de radiologia de um hospital, laboratório de análises clínicas, etc.**

\_\_\_\_\_ COD (codificação posterior)

**8) O(a) Sr.(a) tem ou já teve alguma atividade de trabalho, em que ficava em contato com produtos químicos?**

1. ( ) Sim

2. ( ) Não

9. ( ) NS/NR

**1) Que tipos de produtos químicos?**

**Entrevistador: leia as alternativas. ATENÇÃO! Não deixe alternativas em branco.**

1. Tintas 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 9. ( ) NS/NR

2. Resinas 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 9. ( ) NS/N

3. Corantes e pigmentos 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 9. ( ) NS/NR

4. Solventes 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 9. ( ) NS/NR

5. Combustíveis/lubrificantes 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 9. ( ) NS/NR

6. Inseticidas, pesticidas e herbicidas 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 9. ( ) NS/NR

7. Preservativos de madeira 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 9. ( ) NS/NR

8. Ácidos e Cáusticos fortes 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 9. ( ) NS/NR

9. Produto para fabricação de plásticos 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 9. ( ) NS/NR

10. Produto para fabricação de borracha 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 9. ( ) NS/NR

11. Outras produtos químicos 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 9. ( ) NS/NR

11.1. \_\_\_\_\_ COD (codificação posterior)

11.2. \_\_\_\_\_ COD (codificação posterior)

11.3. \_\_\_\_\_ COD (codificação posterior)

**MÓDULO DIETA**



**Entrevistador: Leia as alternativas.**

1. ( ) Sempre retira antes de comer
2. ( ) Na maioria das vezes retira
3. ( ) Algumas vezes retira
4. ( ) Quase nunca retira
5. ( ) Nunca retira
6. ( ) Não come carne que tenha gordura

**Não leia** 9. ( ) NS/NR

**10) O(a) Sr.(a) come peixe?**

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

**11) Com que frequência o(a) Sr.(a) come peixe?**

**Entrevistador: Preencher apenas uma opção segundo a resposta do informante (por dia, por semana ou por mês)**

1. ( ) Vezes por dia
2. ( ) Vezes por semana
3. ( ) Vezes por mês
88. ( ) Menos que uma vez por mês/raramente
99. ( ) ND/NR

**12) Sem contar saladas, com que frequência o(a) Sr.(a) costuma colocar sal no prato de comida?**

**Entrevistador: Leia as alternativas.**

1. ( ) Nunca coloca sal no prato de comida
2. ( ) Prova e coloca se estiver sem sal
3. ( ) Coloca quase sempre mesmo sem provar

**13) Qual desses produtos o(a) Sr.(a) passa com maior frequência em pães, torradas, bolachas etc.?**

1. ( ) Manteiga
2. ( ) Margarina ou creme vegetal
3. ( ) Azeite de Oliva
4. ( ) Maionese
5. ( ) Requeijão
6. ( ) Outro produto \_\_\_\_\_ (especifique)

**Não leia** 7. ( ) Não passo nada

**Não leia** 8. ( ) Vario no tipo de gordura que uso

**Não leia** 9. ( ) NS/NR

**16) Agora eu vou ler uma lista de frutas, verduras e legumes. Por favor pense novamente na sua alimentação no último ano e me diga, com que frequência o(a) Sr.(a) normalmente come ou bebe estes alimentos. Lembre-se de todas as refeições – café da manhã, almoço, jantar e lanches, que o(a) Sr. (a) faz em casa ou fora de casa.**

**Entrevistador: Escreva o número de vezes que a pessoa come ou bebe o alimento e assinale a frequência – Dia, Semana ou Mês. Caso coma menos que 1 vez por mês ou não coma deixe o número de vezes em branco e assinale a quadrícula Raramente/Nunca.**

**Com que frequência o(a) Sr.(a) normalmente come ...**

**Frequência**

1 ( ) Dia

1. Frutas e sucos de frutas preparados a partir da fruta, polpa ou concentrado. Não considere os refrescos ou refrigerantes ( ) vezes por

2 ( ) Semana  
3 ( ) Mês  
4 ( ) Raramente/Nunca

2. Batata, sem ser frita, batata-doce, batata-baroa, aipim, cará, inhame. ( ) vezes por

1 ( ) Dia  
2 ( ) Semana  
3 ( ) Mês  
4 ( ) Raramente/Nunca

3. Outros legumes sem incluir batata – abóbora, abobrinha, beterraba, chuchu, cenoura, quiabo, vagem, etc. ( ) vezes por

1 ( ) Dia  
2 ( ) Semana  
3 ( ) Mês  
4 ( ) Raramente/Nunca

4. Verduras ( ) vezes por

1 ( ) Dia  
2 ( ) Semana  
3 ( ) Mês  
4 ( ) Raramente/Nunca

5. Feijões preto, mulatinho, fradinho, roxo, etc., lentilha, ervilha seca ou grão de bico. ( ) vezes por

1 ( ) Dia  
2 ( ) Semana  
3 ( ) Mês  
4 ( ) Raramente/Nunca

6. Ovos. ( ) vezes por

1 ( ) dia  
2 ( ) Semana  
3 ( ) Mês  
4 ( ) Raramente/Nunca

7. Leite, queijos, iogurte ( ) vezes por

1 ( ) dia  
2 ( ) Semana  
3 ( ) Mês  
4 ( ) Raramente/Nunca

**MÓDULO EXAMES PARA DETECÇÃO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA E USO DE HORMÔNIOS**

**APENAS PARA AS MULHERES ATÉ 69 ANOS.**

**Agora eu vou fazer perguntas sobre exames para a prevenção de doenças da mulher.**

Exame preventivo, também chamado teste de Papanicolau, é um exame no qual se colhe um material do colo de útero para análise de laboratório. Esse material é usado para diagnóstico de problemas que podem levar ao câncer.

1) A Sra., alguma vez, fez exame preventivo?



**QUESTIONÁRIO SOBRE CARACTERÍSTICAS DOMICILIARES**

**IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE**

Unidade da Federação: \_\_\_\_\_ ( ) ( )

Município: \_\_\_\_\_ ( ) ( )

Distrito: ( ) ( )      Subdistrito: ( ) ( )      Setor: ( ) ( )

Número de ordem do domicílio selecionado: \_\_\_\_\_ ( ) ( )

Endereço: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

<b>CONTROLE</b>	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( )
	UF	Mun.	Dist.	S.Dis.	Setor	Dom.Sel.

**ENTREVISTA**

1( ) realizada totalmente    2.( ) Realizada Parcialmente    3. ( ) não realizada.

**ENTREVISTA NÃO REALIZADA**

Unidade ocupada	Unidade Vaga	Unidade inexistente
1( ) fechada	4( ) em condições de ser habitada	8( ) demolida
2. ( ) Recusa	5. ( ) Uso ocasional	9. ( ) Não foi encontrada
3 ( ) outra	6. ( ) em construção	10 ( ) Não residencial
	7. ruínas	

**MORADORES**

Total ( ) ( )                      15 anos ou mais ( ) ( )

**VISITAS EFETUADAS**

Data de início das entrevistas	Data término das entrevistas	Total de visitas	Total de questionários utilizados no domicílio
( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )
dia    mês    ano	dia    mês    ano		

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_

Administrativo: \_\_\_\_\_

Digitador 1: \_\_\_\_\_

**As informações prestadas nesta pesquisa terão caráter confidencial e serão utilizadas exclusivamente para fins estatísticos**

## CÓDIGOS DA PÁGINA 2( TABELA )

REFERENTES ITENS 5 E 6 C Condição do morador na unidade domiciliar e na família	Situação conjugal	Sexo	Série ou per	
1 – Chefe da unidade domiciliar 2 – Chefe da família 3 – Esposo(a) 4 – Filho(a) 5 – Outro parente 6 – Agregado 7 – Pensionista 8 – Empregado(a) 9 – Outro	1 - Casado(a) união consensual  2 – Separado(a)/divorciado(a)/desquitado(a) 3 – Solteiro(a) 4 – Viúvo(a) 9 – NS/NR	1 Masc. 2 Fem.	00 01 02 03 04 05	0 0 0 0 1 1 12 99 NS/NR
Grau de escolaridade 00 – nenhum 01 – Alfabetização de Adulto 02 - Antigo Primário/Elementar 03 – Antigo Ginásio 03 – 1º Grau/Ensino Fundamental 04 – Ensino Médio 05 – Superior (3º Grau) Incompleto 06 - Superior (3º Grau) Completo 07 – Educação Infantil 99 – NS/NR				

geral

## CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DOMICILIAR

As perguntas que irei fazer agora são sobre este domicílio onde o(a) Sr.(a) mora.

### 17) Tipo de domicílio:

1. ( ) Casa                      2. ( ) Apartamento                      3. ( ) Cômodo  
4. ( ) Barraco                      5. ( ) Outro \_\_\_\_\_ (especifique)

### 18) Tipo de parede:

1. ( ) Alvenaria                      2. ( ) Madeira aparelhada                      3. ( ) Taipa não revestida  
4. ( ) Palha                      5. ( ) Madeira aproveitada                      6. ( ) Outro \_\_\_\_\_ (especifique)

### 19) Tipo de piso:

1. ( ) Cerâmica                      2. ( ) Cimento                      3. ( ) Madeira aparelhada  
4. ( ) Madeira aproveitada                      5. ( ) Terra                      6. ( ) Outro \_\_\_\_\_ (especifique)

### 20) Este domicílio é:

Entrevistador: Leia as alternativas.

1. ( ) Próprio                      2. ( ) Alugado                      3. ( ) Outro \_\_\_\_\_ (especifique)

### 21) Quantos cômodos tem este domicílio?

\_\_\_\_\_ Cômodos

### 22) Quantos cômodos estão servindo permanentemente para dormir?

\_\_\_\_\_ Cômodos

### 23) A água utilizada neste domicílio é proveniente de:

Entrevistador: Leia as alternativas.

1. ( ) Rede geral de distribuição                      2. ( ) Poço ou nascente  
3. ( ) Outra \_\_\_\_\_ (especifique)

### 24) A água utilizada neste domicílio é canalizada?

1. ( ) Sim                      2. ( ) Não (passe 26)

### 25) É canalizada para:

Entrevistador: Leia as alternativas.

1. ( ) Dentro do domicílio                      2. ( ) Fora do domicílio

Fim: ( ) ( ) hs ( ) ( ) mim

**26) Neste domicílio existe banheiro ou sanitário dentro da casa?**

1.  Sim                      2.  Não (passe 29)

**27) Este banheiro ou sanitário é:**

**Entrevistador: Leia as alternativas.**

1.  De uso exclusivo deste domicílio      2.  De uso comum a mais de um domicílio

**28) Para onde vão os dejetos deste banheiro ou sanitário?**

**Entrevistador: Leia as alternativas.**

1.  Rede coletora de esgoto                      2.  Fossa rudimentar  
3.  Fossa séptica não ligada à rede coletora de esgoto      4.  Vala  
5.  Fossa séptica ligada à rede coletora de esgoto      6.  rio, lago ou correço  
7.  Outra forma \_\_\_\_\_ Não leia 9.  NS/NR  
(especifique)

**29) O lixo deste domicílio é:**

**Entrevistador: Leia as alternativas.**

1.  Coletado diretamente                      2.  Coletado em caçamba  
3.  Queimado na propriedade                      4.  Enterrado na propriedade  
5.  Jogado em terreno baldio ou logradouro      6.  rio, lago ou correço  
7.  Outro destino \_\_\_\_\_ (especifique)

**30) Qual é a forma de iluminação deste domicílio?**

**Entrevistador: Leia as alternativas.**

1.  Elétrica com medidor                      2.  Elétrica sem medidor  
3.  Óleo, querosene ou gás de botijão                      4.  Não tem iluminação  
5.  Outra \_\_\_\_\_ (especifique)

**31) O fogão deste domicílio é:**

**Entrevistador: Leia as alternativas.**

1.  Gás canalizado                      2.  Só gás de botijão  
3.  Só lenha                      4.  Gás de botijão e lenha  
5.  Carvão                      6.  Energia elétrica  
7.  Outro \_\_\_\_\_ 8.  Não tem fogão ou fogareiro  
(especifique)

