

IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL



■■■■ PRODEMAN ■
UERJ COORDENADORIA DE PROGRAMAS DE
PESQUISA DE DEMANDAS SOCIAIS

Censo Saúde UERJ

1999

CONFIDENCIAL

Pró
Saúde UERJ

INSTRUÇÕES

- ▶ Responda após **ler devagar cada pergunta até o final, e todas as opções de resposta.**
- ▶ Para todas as perguntas, **há sempre uma resposta que se aplica melhor ao seu caso.**
- ▶ Mesmo que você não se lembre, com precisão, da situação abordada na pergunta, **tente responder da forma mais aproximada possível.**
- ▶ **Não deixe perguntas ou itens em branco,** a não ser que o próprio questionário instrua para “pular” perguntas.

Qualquer dúvida, consulte o aplicador.

Obrigado!

BLOCO A

Para começar, algumas perguntas se referem a seu estado de saúde, e a alguns problemas de saúde que você possa ter tido ou tenha.

A1. De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?

- 1 Muito bom
- 2 Bom
- 3 Regular
- 4 Ruim

A2. Em comparação a 12 meses atrás, como você considera o seu estado de saúde atual?

- 1 MELHOR que o de 12 meses atrás
- 2 IGUAL ao de 12 meses atrás
- 3 PIOR que o de 12 meses atrás

A3. Quando foi a última vez que você teve sua pressão arterial medida?

- 1 Há mais de 3 anos
- 2 Entre 1 e 3 anos atrás
- 3 Entre 6 e 11 meses atrás
- 4 Há menos de 6 meses

A4. Alguma vez um MÉDICO ou outro PROFISSIONAL DE SAÚDE lhe informou que você tinha ou tem hipertensão, isto é, pressão alta?

- 1 Sim, apenas uma vez
- 2 Sim, mais de uma vez, em dias diferentes
- 3 Sim, apenas durante a gravidez
- 4 Não

Se NÃO, ou apenas durante a gravidez, pule para a pergunta A8, página 2

A5. Com que idade você foi informado(a) pela primeira vez que tinha pressão alta?

_____ anos de idade

A6. Alguma vez um médico lhe receitou remédio(s) para controlar sua pressão alta?

- 1 Sim
- 2 Não

Se NÃO, pule para a pergunta A8, página 2

A7. Atualmente, você está tomando remédio(s) para controlar sua pressão alta?

- 1 Sim
2 Não, parei por orientação médica
3 Não, tive que parar ou quis parar, mesmo sem orientação médica

A8. Alguma vez um médico lhe informou que você teve ou tem...

Para CADA condição ou doença, marque SIM ou NÃO.

Sempre que marcar SIM, informe COM QUE IDADE um MÉDICO lhe informou, pela primeira vez, que você teve ou tem a condição ou doença.

Colesterol alto (gordura no sangue)?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
2 Não

Diabetes (açúcar no sangue)?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
2 Não

Infarto do miocárdio (ataque do coração)?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
2 Não

Angina (isquemia, má circulação no coração)?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
2 Não

Acidente vascular cerebral (derrame)?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
2 Não

Asma (bronquite asmática)?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
2 Não

Enfisema ou bronquite crônica?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
2 Não

Cálculo (pedra) no rim?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
2 Não

Cálculo (pedra) na vesícula?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
2 Não

Úlcera no estômago ou duodeno?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
2 Não

Gastrite?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
2 Não

LER (lesão por esforço repetitivo, tendinite/sinovite)?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
2 Não

Artrose (artrite, reumatismo)?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
2 Não

Hérnia de disco?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
2 Não

Hipertireoidismo (tireóide acelerada)?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
2 Não

Hipotireoidismo?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
2 Não

Tuberculose?

- 1 Sim → Se SIM: ___ anos de idade
2 Não

As perguntas desta página são sobre problemas de saúde que impediram alguma de suas atividades habituais (trabalho, estudo ou lazer), nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS

A9. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você ficou impedido(a) de realizar alguma de suas atividades habituais (trabalho, estudo ou lazer) por ter tido algum dos tipos de DOR listados abaixo?

Marque SIM ou NÃO para cada tipo de dor.

Dor de cabeça	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Dor de dente	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Dor no pescoço ou ombros	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Dor nas costas ou coluna	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Dor de estômago	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não

A10. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você ficou impedido(a) de realizar alguma de suas atividades habituais (trabalho, estudo ou lazer) por ALGUM OUTRO problema de saúde que você teve?

1 Sim

2 Não

Se NÃO, pule para a pergunta A12, nesta página

A11. Qual foi, ou quais foram, esse(s) outro(s) problema(s) de saúde que você teve, nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, que o(a) impediu de realizar alguma de suas atividades habituais (trabalho, estudo ou lazer)?

A12. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, por QUANTOS DIAS, no total, você ficou impedido(a) de realizar alguma de suas atividades habituais (trabalho, estudo ou lazer) por algum problema de saúde que você teve?

_____ dias

1 Nenhum dia

A13. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, com que frequência você teve dificuldade para pegar no sono?

- 1 Sempre
- 2 Quase sempre
- 3 Às vezes
- 4 Raramente
- 5 Nunca

A14. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, com que frequência você acordou durante o sono e teve dificuldade para dormir de novo?

- 1 Sempre
- 2 Quase sempre
- 3 Às vezes
- 4 Raramente
- 5 Nunca

A15. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, com que frequência você se sentiu cansado sem motivo aparente?

- 1 Sempre
- 2 Quase sempre
- 3 Às vezes
- 4 Raramente
- 5 Nunca

A16. Agora, nós gostaríamos de saber como você tem passado, nas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**, em relação aos aspectos abaixo relacionados. Aqui, queremos saber somente sobre problemas mais recentes, e não sobre aqueles que você possa ter tido no passado.

Nas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**, você tem...

perdido muito sono por preocupação?

- 1 De jeito nenhum 2 Não mais que de costume 3 Um pouco mais que de costume 4 Muito mais que de costume

se sentido constantemente nervoso(a) e tenso(a)?

- 1 De jeito nenhum 2 Não mais que de costume 3 Um pouco mais que de costume 4 Muito mais que de costume

sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?

- 1 Mais que de costume 2 O mesmo de sempre 3 Menos que de costume 4 Muito menos que de costume

sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?

- 1 Mais que de costume 2 O mesmo de sempre 3 Menos útil que de costume 4 Muito menos útil que de costume

sido capaz de enfrentar seus problemas?

- 1 Mais que de costume 2 O mesmo de sempre 3 Menos capaz que de costume 4 Muito menos capaz que de costume

se sentido capaz de tomar decisões?

- 1 Mais que de costume 2 O mesmo de sempre 3 Menos capaz que de costume 4 Muito menos capaz que de costume

sentido que está difícil de superar suas dificuldades?

- 1 De jeito nenhum 2 Não mais que de costume 3 Um pouco mais que de costume 4 Muito mais que de costume

se sentido feliz de um modo geral?

- 1 Mais que de costume 2 O mesmo de sempre 3 Menos que de costume 4 Muito menos que de costume

tido satisfação nas suas atividades do dia-a-dia?

- 1 Mais que de costume 2 O mesmo de sempre 3 Menos que de costume 4 Muito menos que de costume

se sentido triste e deprimido(a)?

- 1 De jeito nenhum 2 Não mais que de costume 3 Um pouco mais que de costume 4 Muito mais que de costume

perdido a confiança em você mesmo?

- 1 De jeito nenhum 2 Não mais que de costume 3 Um pouco mais que de costume 4 Muito mais que de costume

se achado uma pessoa sem valor?

- 1 De jeito nenhum 2 Não mais que de costume 3 Um pouco mais que de costume 4 Muito mais que de costume

A17. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você usou algum medicamento?

- 1 Sim
- 2 Não

Se **SIM**, que medicamento(s) você usou nas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**?

BLOCO B

As próximas perguntas se referem a aspectos do atendimento à sua saúde.

B1. Você tem algum tipo de plano ou seguro saúde (particular, de empresa, ou órgão público)?

ATENÇÃO: Não considerar IASERJ.

- 1 Sim, como titular
- 2 Sim, como dependente
- 3 Não

B2. Quando foi a última vez que você fez exame para medir o colesterol ou gordura no sangue?

- 1 Nunca fiz exame para medir colesterol
- 2 Há mais de 3 anos
- 3 Entre 1 e 3 anos atrás
- 4 Há menos de 1 ano

B3. Em geral, com que frequência você vai ao dentista para uma revisão de rotina?

- 1 Nunca fui ao dentista
- 2 Não costumo fazer revisão de rotina, só vou ao dentista quando tenho um problema
- 3 Menos frequentemente que de 2 em 2 anos
- 4 De 2 em 2 anos
- 5 Pelo menos 1 vez por ano

B4. Quando foi a última vez que você fez exame de vista?

- 1 Nunca fiz exame de vista
- 2 Há mais de 3 anos
- 3 Entre 1 e 3 anos atrás
- 4 Há menos de 1 ano

B5. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você alguma vez fez uso das terapias ou práticas abaixo, com objetivo de cura ou manutenção da saúde? Marque SIM ou NÃO para cada item.

Homeopatia	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Acupuntura	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Fitoterapia (chás ou tinturas de ervas ou plantas)	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Massagem (shiatsu, outras)	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Simpatias	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Curas espirituais (cirurgia espiritual, passes ou consulta em centro ou terreiro, outras)	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
OUTRAS (especifique): _____		

B6. Você já doou sangue alguma vez?

- 1 Sim
 2 Não, nunca pensei em doar
 3 Não, não pude doar por razões de saúde/outras razões

Se NÃO, pule para a pergunta B9, nesta página

B7. Na maioria das vezes em que você doou sangue, qual foi o motivo que o levou a doar?

- 1 Necessidade de parente
 2 Necessidade de amigo
 3 Sem relação com necessidade de parente ou amigo

B8. Nos ÚLTIMOS 5 ANOS, quantas vezes você doou sangue?

- 1 Nenhuma vez
 2 1 vez
 3 2 a 4 vezes
 4 5 vezes ou mais

B9. Sem considerar as leis que existem sobre doação de órgãos em caso de morte, você concordaria que sua família doasse seus órgãos em caso de morte?

- 1 Sim
 2 Não
 3 Ainda não tenho opinião sobre o assunto

B10. Em 1995, tornou-se obrigatório o uso do cinto de segurança na cidade.
Antes da lei, quando você dirigia ou estava como passageiro no banco da frente de um carro, na cidade, com que frequência você usava o cinto?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre
- 6 Não andava de carro

B11. Com o tempo, muitas pessoas perdem alguns ou mesmo todos os dentes.
Qual das opções abaixo melhor corresponde ao número de dentes que você perdeu?

- 1 Não perdi nenhum dente
- 2 Perdi um ou poucos dentes
- 3 Perdi vários dentes
- 4 Perdi quase todos ou todos os dentes

BLOCO C

Agora, gostaríamos de saber a respeito da sua altura, história de peso e alguns hábitos.

C1. Qual é sua altura?

_____ cm

C2. Qual é o seu peso atual? (mulheres grávidas: mencionar o peso antes da gravidez)

_____ Kg

C3. Aproximadamente, quanto você pesava aos 20 anos de idade?

_____ Kg

C4. Qual das situações abaixo descreve melhor a evolução do seu peso desde os 20 anos de idade até agora?

1 Não tive grandes mudanças de peso, este ficou aproximadamente o mesmo desde os 20 anos de idade.



2 Tive vários altos e baixos de mais de 5 quilos ("ioiô"), mas meu peso agora é aproximadamente o mesmo que aos 20 anos de idade.



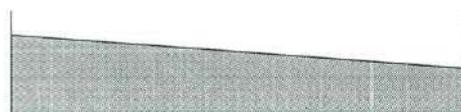
3 Meu peso veio aumentando desde os 20 anos de idade.



4 Meu peso veio aumentando desde os 20 anos de idade com vários altos e baixos de mais de 5 quilos.



5 Meu peso veio diminuindo desde os 20 anos de idade.



6 Meu peso veio diminuindo desde os 20 anos de idade com vários altos e baixos de mais de 5 quilos.



C5. Em relação ao peso que você acharia ideal para você, como você classifica o seu peso atual?

- 1 Muito acima do ideal
- 2 Um pouco acima do ideal
- 3 Ideal
- 4 Um pouco abaixo do ideal
- 5 Muito abaixo do ideal

C6. Com que frequência você consome frutas frescas?

- 1 Nunca ou menos frequentemente que 1 vez por mês
- 2 1 a 3 vezes por mês
- 3 1 a 3 vezes por semana
- 4 4 a 6 vezes por semana
- 5 Diariamente

C7. Com que frequência você consome alimentos fritos (frituras)?

- 1 Nunca ou menos frequentemente que 1 vez por mês
- 2 1 a 3 vezes por mês
- 3 1 a 3 vezes por semana
- 4 4 a 6 vezes por semana
- 5 Diariamente

C8. Com que frequência você consome verduras?

- 1 Nunca ou menos frequentemente que 1 vez por mês
- 2 1 a 3 vezes por mês
- 3 1 a 3 vezes por semana
- 4 4 a 6 vezes por semana
- 5 Diariamente

C9. Que tipo de leite você consome com maior frequência?

- 1 Não tomo leite
- 2 Leite normal ou integral
- 3 Leite desnatado ou semidesnatado

C10. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você praticou alguma atividade física para melhorar sua saúde, condição física ou com objetivo estético ou de lazer?

- 1 Sim
- 2 Não

Se NÃO, pule para a pergunta C12, na página 13

C11. Em relação às **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**, para cada atividade abaixo, marque **SIM** ou **NÃO**. Sempre que **SIM**, informe o número total de vezes que você praticou a atividade nas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS** e o tempo gasto, em geral, cada vez (em minutos).

ATIVIDADE			Número total de vezes nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS ?	Tempo em geral gasto por vez (em minutos)?
Caminhada devagar	1	<input type="checkbox"/> Sim	<u>Se SIM</u> → _____	_____
	2	<input type="checkbox"/> Não		
Caminhada rápida	1	<input type="checkbox"/> Sim	<u>Se SIM</u> → _____	_____
	2	<input type="checkbox"/> Não		
Ioga ou alongamento	1	<input type="checkbox"/> Sim	<u>Se SIM</u> → _____	_____
	2	<input type="checkbox"/> Não		
Bicicleta ou natação devagar	1	<input type="checkbox"/> Sim	<u>Se SIM</u> → _____	_____
	2	<input type="checkbox"/> Não		
Bicicleta ou natação rápida	1	<input type="checkbox"/> Sim	<u>Se SIM</u> → _____	_____
	2	<input type="checkbox"/> Não		
Ginástica	1	<input type="checkbox"/> Sim	<u>Se SIM</u> → _____	_____
	2	<input type="checkbox"/> Não		
Tênis	1	<input type="checkbox"/> Sim	<u>Se SIM</u> → _____	_____
	2	<input type="checkbox"/> Não		
Vôlei	1	<input type="checkbox"/> Sim	<u>Se SIM</u> → _____	_____
	2	<input type="checkbox"/> Não		
Musculação	1	<input type="checkbox"/> Sim	<u>Se SIM</u> → _____	_____
	2	<input type="checkbox"/> Não		
Dança	1	<input type="checkbox"/> Sim	<u>Se SIM</u> → _____	_____
	2	<input type="checkbox"/> Não		
Corrida	1	<input type="checkbox"/> Sim	<u>Se SIM</u> → _____	_____
	2	<input type="checkbox"/> Não		
Futebol ou basquete	1	<input type="checkbox"/> Sim	<u>Se SIM</u> → _____	_____
	2	<input type="checkbox"/> Não		
Remo	1	<input type="checkbox"/> Sim	<u>Se SIM</u> → _____	_____
	2	<input type="checkbox"/> Não		
Lutas	1	<input type="checkbox"/> Sim	<u>Se SIM</u> → _____	_____
	2	<input type="checkbox"/> Não		
Outras: _____			_____ →	_____
			_____ →	_____

C12. Você é ou já foi fumante de cigarros, ou seja, já fumou, ao longo da vida, pelo menos 100 cigarros (cinco maços)?

1 Sim

2 Não

Se NÃO, pule para a pergunta C18, nesta página

C13. Com que idade você começou a fumar?

___ anos

C14. Você fuma cigarros atualmente?

1 Sim

2 Não

Se NÃO, pule para a pergunta C16, nesta página

C15. Com que idade você parou de fumar pela última vez?

___ anos

C16. Em geral, quantos cigarros por dia você fuma ou fumava?

___ cigarros

1 Menos de 1 cigarro por dia

C17. Ao todo, durante quantos anos você fumou ou fuma?
(Se for o caso, desconte os períodos em que você deixou de fumar.)

___ anos

1 Menos de 1 ano

C18. Você convive com pessoas fumando na mesma sala de trabalho ou em casa?

1 Sim, tanto em casa como no trabalho

2 Sim, apenas em casa

3 Sim, apenas no trabalho

4 Não

As próximas perguntas referem-se ao consumo de cerveja, chope, vinho, uísque, cachaça ou outros destilados, licores, batidas ou qualquer outro tipo de bebida alcoólica, seja consumida em refeições ou fora delas, em situações especiais ou apenas para relaxar.

C19. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você consumiu algum tipo de bebida alcoólica?

1 Sim

2 Não

Se NÃO, pule para o BLOCO D, na página 15

C20. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, quantos dias, ao todo, você consumiu algum tipo de bebida alcoólica?

1 Todos os dias

2 10 a 13 dias

3 6 a 9 dias

4 2 a 5 dias

5 1 único dia

C21. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, nos dias em que você bebeu, EM GERAL, quantas doses você bebeu em cada um desses dias?

ATENÇÃO: Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a 1 lata ou meia garrafa grande de cerveja, ou a 1 chope, ou 1 copo de vinho, ou 1 dose de uísque ou cachaça ou outros destilados, ou 1 copo de caipirinha.

1 1 dose

2 2 a 4 doses

3 5 a 7 doses

4 8 a 10 doses

5 Mais de 10 doses

BLOCO D

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo.

- D1.** Com quantos **PARENTES** você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?
(Se for o caso, inclua esposo(a) companheiro(a) ou filhos nesta resposta.)

_____ parentes

1 Nenhum

- D2.** Com quantos **AMIGOS** você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?
(Não inclua nesta resposta esposo(a), companheiro(a) e outros parentes.)

_____ amigos

1 Nenhum

- D3.** Nos **ÚLTIMOS 12 MESES**, você participou de atividades **esportivas** em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades **artísticas** em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?

1 Sim

2 Não

Se **SIM**, com que frequência?

1 Mais de uma vez por semana

2 1 vez por semana

3 2 a 3 vezes por mês

4 Algumas vezes no ano

5 Uma vez no ano

- D4.** Nos **ÚLTIMOS 12 MESES**, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos?

1 Sim

2 Não

Se **SIM**, com que frequência?

1 Mais de uma vez por semana

2 1 vez por semana

3 2 a 3 vezes por mês

4 Algumas vezes no ano

5 Uma vez no ano

D5. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade, ou outras?

- 1 Sim
2 Não

Se SIM, com que frequência?

- 1 Mais de uma vez por semana
2 1 vez por semana
3 2 a 3 vezes por mês
4 Algumas vezes no ano
5 Uma vez no ano

A seguir, apresentamos perguntas sobre situações em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, apoio ou ajuda.

D6. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém que o ajude, se ficar de cama?

- 1 Nunca
2 Raramente
3 Às vezes
4 Quase sempre
5 Sempre

D7. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém para lhe ouvir, quando você precisa falar?

- 1 Nunca
2 Raramente
3 Às vezes
4 Quase sempre
5 Sempre

D8. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?

- 1 Nunca
2 Raramente
3 Às vezes
4 Quase sempre
5 Sempre

D9. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém para levá-lo(a) ao médico?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

D10. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

D11. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém para se divertir junto?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

D12. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém para lhe dar informação que o(a) ajude a compreender uma determinada situação?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

D13. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

D14. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém que lhe dê um abraço?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

D15. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém com quem relaxar?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

D16. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

D17. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém de quem você realmente quer conselhos?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

D18. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém com quem distrair a cabeça?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

D19. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

D20. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

D21. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

D22. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

D23. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém que compreenda seus problemas?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

D24. Se você precisar...

Com que frequência conta com alguém que você ame e que faça você se sentir querido?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase sempre
- 5 Sempre

As próximas perguntas referem-se a alguns acontecimentos ou situações desagradáveis que podem ter ocorrido com você nos últimos 12 meses.

D25. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você teve algum problema de saúde que o(a) impediu de realizar alguma de suas atividades habituais (trabalho, estudo ou lazer) por mais de um mês?

- 1 Sim
2 Não

Se SIM, qual foi esse problema de saúde?

D26. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você esteve internado em hospital por uma noite, ou mais, em razão de doença ou acidente?

- 1 Sim
2 Sim, mais de uma vez
3 Não

Se SIM, qual(is) o(s) motivo(s) dessa(s) internação(ões)?

D27. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, faleceu algum parente próximo seu (pai, mãe, cônjuge, companheiro(a), filho ou irmão)?

- 1 Sim
2 Não

D28. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você enfrentou dificuldades financeiras mais severas do que as habituais?

- 1 Sim
2 Não

D29. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi forçado a mudar de casa contra sua vontade (por exemplo, por aumento de aluguel)?

- 1 Sim
2 Não

D30. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você passou por algum rompimento de relação amorosa, incluindo divórcio ou separação?

- 1 Sim
2 Não

D31. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi assaltado ou roubado, isto é, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência?

- 1 Sim, uma vez
2 Sim, mais de uma vez
3 Não

D32. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi vítima de alguma agressão física?

- 1 Sim, uma vez
2 Sim, mais de uma vez
3 Não

D33. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você se sentiu discriminado por alguma instituição ou pessoa, por alguma das razões abaixo? (Marque SIM ou NÃO para cada item)

Sua cor ou raça	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Ser homem ou mulher	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Sua religião ou culto	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Sua opção ou preferência sexual	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Doença ou deficiência física	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Sua idade	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
Sua condição social ou econômica	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
OUTRAS (especifique): _____		

D34. Quando foi a última vez que você sofreu, pelo menos, uma das situações desagradáveis mencionadas nas páginas 21 e 22 (perguntas D25 a D33)?

- 1 Não sofreu nenhuma dessas situações
- 2 Há menos de 1 mês
- 3 Entre 1 e 3 meses atrás
- 4 Entre 4 e 6 meses atrás
- 5 Entre 6 e 12 meses atrás

BLOCO E

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua história pessoal e de sua família.

E1. Em que município e estado você nasceu?

Município: _____

Estado: _____

País (se não for nascido no Brasil): _____

E2. Há quanto tempo você mora, sem interrupção, em seu município atual de residência?

_____ anos

1 Há menos de 1 ano

E3. Há quanto tempo você mora em seu endereço atual?

_____ anos

1 Há menos de 1 ano

E4. Qual o grau de instrução de seu pai ?

1 Não freqüentou escola

2 1º grau incompleto

3 1º grau completo

4 2º grau incompleto

5 2º grau completo

6 Universitário incompleto

7 Universitário completo

8 Não conheci/morreu cedo

E5. Qual o grau de instrução de sua mãe?

1 Não freqüentou escola

2 1º grau incompleto

3 1º grau completo

4 2º grau incompleto

5 2º grau completo

6 Universitário incompleto

7 Universitário completo

8 Não conheci/morreu cedo

E6. Incluindo você, quantos filhos sua mãe natural teve, considerando aqueles que já morreram?

Agora, pense na época em que você tinha 12 anos de idade.

E7. Quando você tinha 12 anos de idade, em que tipo de lugar você morava?

- 1 Capital de estado
- 2 Cidade grande, mas não capital
- 3 Cidade pequena ou vila
- 4 Zona rural

E8. Quando você tinha 12 anos de idade, seus pais eram vivos?

- 1 Pai e mãe eram vivos.
- 2 Apenas pai era vivo.
- 3 Apenas mãe era viva.
- 4 Nem pai nem mãe eram vivos.

E9. Quando você tinha 12 anos de idade, com quem você morava a maior parte do tempo?

- 1 Com pai e mãe
- 2 Com mãe
- 3 Com pai
- 4 Com outros parentes
- 5 Em instituição (orfanato ou outra)

E10. Como você classifica a situação econômica da sua família, quando você tinha 12 anos de idade, isto é, o padrão de vida de sua família naquela época?

- 1 Rica
- 2 Média
- 3 Pobre
- 4 Muito pobre

E11. Quando você tinha 12 anos de idade, em sua casa, algum adulto batia com força nas crianças?

- 1 Sim, com frequência
- 2 Sim, às vezes
- 3 Sim, raramente
- 4 Não

E12. Quando você tinha 12 anos de idade, em sua casa, houve ocasiões em que se deixou de comer por falta de dinheiro?

- 1 Sim, com frequência
- 2 Sim, às vezes
- 3 Sim, raramente
- 4 Não

E13. Comparado ao padrão de vida que você tem agora, como era o padrão de vida da sua família quando você tinha 12 anos?

- 1 Era melhor que o meu padrão de vida agora
- 2 Era igual ao meu padrão de vida agora
- 3 Era pior que o meu padrão de vida agora

E14. Com que idade você começou a trabalhar?

____ anos

E15. Atualmente, você trabalha em algum plantão noturno ou de 24 horas, no HUPE, Campus da UERJ, ou fora da UERJ?

- 1 Sim
- 2 Não

Se SIM, com que frequência?

- 1 Menos frequentemente que 1 vez por mês
- 2 1 a 3 vezes por mês
- 3 1 vez por semana
- 4 2 a 3 vezes por semana
- 5 4 ou mais vezes por semana

E16. No passado, você já trabalhou em algum plantão noturno ou de 24 horas, no HUPE, Campus da UERJ, ou fora da UERJ?

- 1 Sim, mas parei por motivo de saúde (doença, problemas de sono, outros)
- 2 Sim, mas parei por outro motivo (sem relação com saúde)
- 3 Sim, e continuo trabalhando
- 4 Não

E17. Em geral, quantas horas no total você trabalha por semana? (inclua horas-extras e qualquer atividade remunerada em emprego ou por conta própria)

_____ horas por semana

E18. Em sua opinião, qual é a sua cor ou raça?

As próximas perguntas referem-se à sua vida familiar, moradia e outros aspectos.

E19. Atualmente, você é...

- 1 Casado(a) ou vive em união
- 2 Separado(a), ou divorciado(a)
- 3 Viúvo(a)
- 4 Solteiro(a) (Nunca casou ou viveu em união)

Se NUNCA CASOU, ou NUNCA VIVEU EM UNIÃO, pule para a pergunta E22, nesta página

E20. Há quanto tempo você está na situação conjugal atual?

_____ anos

- 1 Menos de 1 ano

E21. Em que mês e ano você se casou, ou começou a viver com alguém em união, pela primeira vez?

_____/19_____
mês ano

E22. Quantos filhos nascidos vivos você teve?

_____ filhos

- 1 Não tive filhos/Meus filhos são todos adotivos

Se NÃO TEVE FILHOS, ou tem apenas filhos adotivos, pule para a pergunta E25, na página 28

E23. Em que mês e ano nasceu seu primeiro filho(a)?

_____/19_____
mês ano

E24. Quando você soube que ia ter seu primeiro filho, você queria ter tido filho antes, queria ter naquele momento, queria esperar mais, ou não queria ter filhos?

- 1 Queria ter tido filho antes
2 Queria ter filho naquele momento
3 Queria esperar mais tempo
4 Não queria ter filhos

E25. Além de você, alguém mais mora em sua casa?

Inclua cônjuge/companheiro(a), filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, agregados, pessoas ausentes temporariamente, e empregados que durmam na casa.

- 1 Sim
2 Não

Se NÃO, pule para a pergunta E29, na página 29

E26. Em relação a todos os outros adultos e crianças que moram em sua casa, informe o parentesco ou relação que cada uma tem com você e a idade dessas pessoas.

Nº	Parentesco/relação com você	idade
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

E27. Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável pela casa?

- 1 Eu mesmo(a)
- 2 Meu cônjuge ou companheiro(a)
- 3 Eu e meu cônjuge, igualmente
- 4 Meu pai ou minha mãe
- 5 Meu filho ou minha filha
- 6 Não tem chefe
- 7 Outra pessoa: _____

E28. Qual o grau de instrução do chefe da família ou (principal) responsável por sua casa?

- 1 Não frequentou escola.
- 2 1º grau incompleto
- 3 1º grau completo
- 4 2º grau incompleto
- 5 2º grau completo
- 6 Universitário incompleto
- 7 Universitário completo
- 8 AMBOS CÔNJUGES SÃO CHEFES/MORO SÓ/NÃO TEM CHEFE

E29. Em sua casa trabalha alguma empregada doméstica mensalista?

- 1 Sim, uma
- 2 Sim, mais de uma
- 3 Não

E30. Qual a situação do imóvel em que você mora?

- 1 Alugado
- 2 Próprio – já pago
- 3 Próprio – ainda pagando
- 4 Cedido por pessoa ou empresa
- 5 Outra condição (especifique): _____

E31. Quantos banheiros existem em sua casa?

E32. Em relação aos bens abaixo, marque **SIM** para os que existem na sua casa ou **NÃO** para os que não existem. Para cada item, caso **SIM**, mencione a quantidade:

		Se SIM →	QUANTOS?
Televisão em cores	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	→	_____
Rádio (não considerar rádio de automóvel)	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	→	_____
Automóvel	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	→	_____
Máquina de lavar roupa	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	→	_____
Videocassete	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	→	_____
Geladeira simples	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	→	_____
Geladeira duplex ou freezer	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	→	_____
Aspirador de pó	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	→	_____

E33. No mês passado, qual foi aproximadamente sua renda familiar líquida, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?

- 1 Até 500 reais
- 2 Entre 501 e 1000 reais
- 3 Entre 1001 e 1500 reais
- 4 Entre 1501 e 2000 reais
- 5 Entre 2001 e 2500 reais
- 6 Entre 2501 e 3000 reais
- 7 Entre 3001 e 4000 reais
- 8 Entre 4001 e 5000 reais
- 9 Mais de 5000 reais

E34. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário.

_____ pessoas

E35. Qual é o seu grau de instrução?

- 1 1º grau incompleto
- 2 1º grau completo
- 3 2º grau incompleto
- 4 2º grau completo
- 5 Universitário incompleto
- 6 Universitário completo
- 7 Pós-graduação

E36. Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)

- 1 Adventista
- 2 Assembléia de Deus
- 3 Batista
- 4 Budista
- 5 Candomblé
- 6 Casa da Benção
- 7 Católica
- 8 Congregação Cristã do Brasil
- 9 Espírita Kardecista
- 10 Evangelho Quadrangular
- 11 Judaica
- 12 Luterana
- 13 Messiânica
- 14 Metodista
- 15 Presbiteriana
- 16 Testemunha de Jeová
- 17 Umbanda
- 18 Universal do Reino de Deus
- 19 Outra (especifique): _____
- 20 Não tenho religião

E37. Nos ÚLTIMOS 12 MESES (sem contar com situações como casamento, batizado, ou enterro), com que freqüência você compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião?

- 1 Mais de 1 vez por semana
- 2 1 vez por semana
- 3 2 a 3 vezes por mês
- 4 Algumas vezes no ano
- 5 Uma vez no ano
- 6 Não compareci nenhuma vez

E38. Em que religião você foi criado(a)? (Se for o caso, marque mais de uma.)

- 1 Adventista
- 2 Assembléia de Deus
- 3 Batista
- 4 Budista
- 5 Candomblé
- 6 Casa da Benção
- 7 Católica
- 8 Congregação Cristã do Brasil
- 9 Espírita Kardecista
- 10 Evangelho Quadrangular
- 11 Judaica
- 12 Luterana
- 13 Messiânica
- 14 Metodista
- 15 Presbiteriana
- 16 Testemunha de Jeová
- 17 Umbanda
- 18 Universal do Reino de Deus
- 19 Outra (especifique): _____
- 20 Não fui criado(a) em nenhuma religião

E39. O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?

- 1 Preta
- 2 Parda
- 3 Branca
- 4 Amarela
- 5 Indígena

E40. Qual é o seu sexo?

- 1 Masculino
- 2 Feminino

E41. Qual é a sua data de nascimento?

____ / ____ / ____
dia mês ano

PARA OS HOMENS:
Você chegou ao fim do questionário geral.

**MUITO OBRIGADO POR
SUA COLABORAÇÃO!**

Se quiser fazer algum comentário, por favor utilize o espaço abaixo.

PARA AS MULHERES:

Há algumas perguntas adicionais, para você.
Por favor, siga para a próxima página.

QUESTIONARIO DA MULHER

As próximas perguntas são importantes para conhecer aspectos da saúde da mulher

M1. Com que idade você ficou menstruada pela primeira vez?

_____ anos

1 Nunca menstruei

Se **NUNCA**, pule para a pergunta M7, página 35

M2. Você ainda fica menstruada?

1 Sim

2 Não

Se **SIM**, pule para a pergunta M7, página 35

M3. Há quanto tempo você parou de menstruar?

1 Há menos de 6 meses

2 Entre 6 meses e 1 ano atrás

3 Há mais de 1 ano

M4. Com que idade você parou de menstruar?

_____ anos

M5. Por que você não menstrua mais?

1 Menopausa natural

2 Cirurgia para retirada de útero ou ovários

3 Outros tratamentos (hormônios, quimioterapia ou radiação)

4 Outra razão – especificar: _____

M6. Depois que parou de menstruar, você alguma vez usou hormônio para menopausa (em comprimidos, adesivos ou injeções) para alívio dos sintomas ou por outra recomendação médica?

1 Sim, uso atualmente

2 Sim, já usei, mas não uso mais

3 Não

M7. Quando foi a última vez que você fez um exame preventivo do câncer do colo do útero, conhecido como “preventivo” ou teste de Papanicolaou?

- 1 Nunca fiz esse exame
- 2 Há mais de 3 anos
- 3 Entre 1 e 3 anos atrás
- 4 Há menos de 1 ano

M8. Quando foi a última vez que um médico examinou suas mamas?

- 1 Nunca tive minhas mamas examinadas por médico
- 2 Há mais de 3 anos
- 3 Entre 1 e 3 anos atrás
- 4 Há menos de 1 ano

M9. Com que frequência você mesma examina suas mamas (palpação), com o objetivo de descobrir caroços ou qualquer anormalidade?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Quase todo mês
- 5 Todo mês

M10. Você já usou pílulas anticoncepcionais para evitar gravidez ou para tratamento ginecológico?

- 1 Sim, uso atualmente
- 2 Sim, já usei, mas não uso mais
- 3 Não

M11. Você fez ligação das trompas (cirurgia de esterilização) para evitar gravidez?

- 1 Sim
- 2 Não

Se NÃO, pule para a pergunta M14, página 36

M12. Com que idade você fez a ligação das trompas?

___ anos

M13. A ligação das trompas foi feita por ocasião do nascimento de um filho?

- 1 Sim, na cesariana
- 2 Sim, depois de parto normal
- 3 Não

M14. Alguma vez um médico lhe informou que você tinha mioma uterino, um tumor benigno no útero?

- 1 Sim
- 2 Não

Se NÃO, pule para a pergunta M18, nesta página

M15. Com que idade você foi informada, pela primeira vez, que tinha mioma?

____ anos

M16. Antes de o médico descobrir que você tinha mioma, você sentia dor ou desconforto na região pélvica (bacia), ou tinha sangramento anormal?

- 1 Sim
- 2 Não

M17. O diagnóstico de mioma foi confirmado por exames?

- 1 Sim, por ultra-sonografia
- 2 Sim, por cirurgia (retirada do tumor ou útero)
- 3 Sim, por ambas: ultra-sonografia e cirurgia
- 4 Não

M18. Você fez cirurgia para retirada do útero, isto é, uma histerectomia?

- 1 Sim
- 2 Não

Se NÃO, pule para a pergunta M21, página 37

M19. Com que idade você fez a cirurgia para retirada do útero (histerectomia)?

____ anos

M20. Segundo o médico, qual foi o motivo principal da sua cirurgia para retirada do útero (histerectomia)?

- 1 Mioma uterino
- 2 Prolapso do útero (útero caído)
- 3 Endometriose
- 4 Câncer ginecológico
- 5 Evitar câncer ginecológico
- 6 Complicações da gravidez ou parto
- 7 Sangramento vaginal anormal
- 8 Outro: especificar _____

As próximas perguntas são para mulheres que tiveram filhos.
Se você não teve filhos, ENCERRE AQUI E PULE PARA A PÁGINA 38.

M21. Quando você estava grávida do seu primeiro filho (mesmo se esse nasceu morto), com quantos meses de gravidez você estava, quando fez sua primeira consulta de pré-natal (controle de gravidez)?

- 1 Não fiz pré-natal naquela gravidez
- 2 Estava com mais de 6 meses de gravidez
- 3 Estava entre 4 e 6 meses de gravidez
- 4 Estava com menos de 4 meses de gravidez

M22. O parto desse seu primeiro filho foi uma cesárea, isto é, uma operação cesariana?

- 1 Sim
- 2 Não

Se NÃO, pule para a
pergunta M24, nesta página

M23. A data da cesárea foi marcada com antecedência?

- 1 Sim
- 2 Não

M24. Você amamentou seu primeiro filho?

- 1 Sim
- 2 Não

Se NÃO, encerre aqui e faça
seus comentários na página 38

M25. Que idade tinha seu primeiro filho, quando você parou completamente de amamentá-lo?

_____ meses

1 Menos de 1 mês

2 Ainda estou amamentando meu primeiro filho

MUITO OBRIGADO DE NOVO!

Você chegou ao fim do questionário!

Se quiser fazer algum comentário, por favor utilize o espaço abaixo.

PESO

Kg

ALTURA 1

cm

ALTURA 2

cm

APENAS PARA USO DA EQUIPE

Hora início ____: ____ Hora término ____: ____

Data aplicação

__/__/__

Supervisor data __/__/__	Código Aplicador
--	-------------------------

Revisor data __/__/__

Digitador 1 data __/__/__

Digitador 2 data __/__/__

Digitador Correção data __/__/__
--

Coordenador Digitação data __/__/__/__
--