

II CENSO SAÚDE UERJ

2001

CONFIDENCIAL

**Pró
Saúde** UERJ

Conhecendo melhor a saúde
dos funcionários da UERJ

INSTRUÇÕES

- ✓ Por favor, leia todas as opções de resposta até o final, antes de responder a cada pergunta.
- ✓ **Não deixe perguntas ou itens em branco, a não ser que o próprio questionário o(a) instrua a "pular" perguntas.**
- ✓ Mesmo que você não se lembre, com precisão, da situação abordada na pergunta, **tente responder da forma mais aproximada possível.**
- ✓ Para todas as perguntas, há sempre **uma resposta que se aplica melhor ao seu caso.**

Qualquer dúvida, consulte o aplicador.

Obrigado!

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?

- Muito bom
- Bom
- Regular
- Ruim

A2. De um modo geral, como você considera o seu estado de saúde bucal (dentes e gengiva)?

- Muito bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim

A3. Alguma vez um MÉDICO ou outro PROFISSIONAL DE SAÚDE lhe informou que você tinha ou tem hipertensão, isto é, pressão alta?

- Sim, apenas uma vez
- Sim, mais de uma vez
- Sim, apenas durante a gravidez
- Não

Se NÃO, ou APENAS DURANTE A GRAVIDEZ, pule para a pergunta A5, na página 4.

A4. Com que idade você foi informado(a) pela primeira vez que tinha pressão alta?

Com [] [] [] anos de idade

A5. 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 QUAL A SUA IDADE na época em que o MÉDICO lhe informou, PELA PRIMEIRA VEZ, que você teve ou tem a condição ou doença.

a) colesterol alto (gordura no sangue)?

Sim Se SIM → com | | | anos de idade

Não

b) diabetes (açúcar no sangue)?

Sim Se SIM → com | | | anos de idade

Não

c) infarto do miocárdio (ataque do coração)?

Sim Se SIM → com | | | anos de idade

Não

d) angina (isquemia, má circulação no coração)?

Sim Se SIM → com | | | anos de idade

Não

e) asma (bronquite asmática)?

Sim Se SIM → com | | | anos de idade

Não

f) enfisema ou bronquite crônica?

Sim Se SIM → com | | | anos de idade

Não

g) cálculo (pedra) no rim?

Sim Se SIM → com | | | anos de idade

Não

h) acidente vascular cerebral (derrame)?

Sim Se SIM → com | | | anos de idade

Não

i) úlcera no estômago ou duodeno?

Sim Se SIM → com | | | anos de idade

Não

j) gastrite?

Sim Se SIM → com | | | anos de idade

Não

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

Sim Se SIM → com | | | anos de idade

Não

l) artrose (artrite, reumatismo)?

Sim Se SIM → com | | | anos de idade

Não

m) hérnia de disco?

Sim Se SIM → com | | | anos de idade

Não

n) tuberculose?

Sim Se SIM → com | | | anos de idade

Não

o) cálculo (pedra) na vesícula?

Sim Se SIM → com | | | anos de idade

Não

As próximas perguntas são sobre problemas de saúde que o(a) impediram de realizar alguma de suas atividades habituais (por exemplo, trabalho, estudo, lazer ou tarefas domésticas), nas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**.

Considere **QUALQUER** problema de saúde, por exemplo:

- dores (dente, cabeça, etc.);
- infecções;
- qualquer tipo de acidente ou lesão;
- estados de depressão ou ansiedade;
- condições pré-existentes;
- outros.

A6. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você ficou impedido(a) de realizar alguma de suas atividades habituais (por exemplo, trabalho, estudo, lazer ou tarefas domésticas) por algum problema de saúde que você teve ou tem?

Sim

Não

→ Se **NÃO**, vá para a pergunta **A10**, na página 7.

A7. NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, qual foi ou quais foram esses problemas de saúde que você teve ou tem que o(a) impediram de realizar alguma dessas suas atividades habituais (por exemplo, trabalho, estudo, lazer ou tarefas domésticas)?

a) **PRINCIPAL** problema: _____

b) **OUTROS** problemas: _____

A8. Agora, pense no PRINCIPAL problema de saúde que você mencionou na pergunta anterior. Você procurou algum tipo de assistência ou atendimento para tratar desse problema?

- Sim
 Não
-

a) Que tipo de assistência ou atendimento você procurou?
(se for o caso, marque mais de uma resposta)

- Farmácia
 Posto ou centro de saúde
 Consultório médico (particular ou plano de saúde)
 Consultório odontológico
 Consultório de outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, psicólogos, etc.)
 Ambulatório ou consultório de clínica
 Pronto-socorro ou emergência
 Hospital: HUPE Outro
 Laboratório ou clínica para exames complementares
 Atendimento domiciliar
 Agente comunitário de saúde
 Curas espirituais (templos, terreiros, centros, etc.)
 Outros: _____

A9. Nessas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, por QUANTOS DIAS, no total, você ficou impedido(a) de realizar alguma de suas atividades habituais (por exemplo, trabalho, estudo, lazer ou tarefas domésticas) devido a este(s) problema(s) de saúde que você teve ou tem?

__ __ dia(s)

Menos de um dia

A10. 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...

a) perdido muito sono por preocupação?

- De jeito nenhum Não mais que de costume Um pouco mais que de costume Muito mais que de costume

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

- De jeito nenhum Não mais que de costume Um pouco mais que de costume Muito mais que de costume

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

- Mais que de costume O mesmo de sempre Menos que de costume Muito menos que de costume

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

- Mais que de costume O mesmo de sempre Menos útil que de costume Muito menos útil que de costume

e) sido capaz de enfrentar seus problemas?

- Mais que de costume O mesmo de sempre Menos capaz que de costume Muito menos capaz que de costume

f) se sentido capaz de tomar decisões?

- Mais que de costume O mesmo de sempre Menos capaz que de costume Muito menos capaz que de costume

g) sentido que está difícil de superar suas dificuldades?

- De jeito nenhum Não mais que de costume Um pouco mais que de costume Muito mais que de costume

h) se sentido feliz de um modo geral?

- Mais que de costume O mesmo de sempre Menos que de costume Muito menos que de costume

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

- Mais que de costume O mesmo de sempre Menos que de costume Muito menos que de costume

j) se sentido triste e deprimido(a)?

- De jeito nenhum Não mais que de costume Um pouco mais que de costume Muito mais que de costume

k) perdido a confiança em você mesmo?

- De jeito nenhum Não mais que de costume Um pouco mais que de costume Muito mais que de costume

l) se achado uma pessoa sem valor?

- De jeito nenhum Não mais que de costume Um pouco mais que de costume Muito mais que de costume

A11. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você usou algum medicamento?

- Sim
 Não

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

*Agora, gostaríamos de saber a respeito
de alguns hábitos relacionados à saúde.*

B1. Atualmente, você faz alguma(s) das DIETAS abaixo?

a) Para perda de peso?

Sim → Se SIM: Há quanto tempo? anos ou meses ou semanas
 Não

b) Para controle da pressão arterial (pouco sal)?

Sim → Se SIM: Há quanto tempo? anos ou meses ou semanas
 Não

c) Para controle do colesterol?

Sim → Se SIM: Há quanto tempo? anos ou meses ou semanas
 Não

d) Para controle do diabetes?

Sim → Se SIM: Há quanto tempo? anos ou meses ou semanas
 Não

e) Para úlcera ou gastrite?

Sim → Se SIM: Há quanto tempo? anos ou meses ou semanas
 Não

f) Outro tipo? (especifique):

_____ → Há quanto tempo? anos ou meses ou semanas

B2. Com que frequência você consome frutas frescas?

- Nunca ou menos de 1 vez por mês
- 1 a 3 vezes por mês
- 1 a 3 vezes por semana
- 4 a 6 vezes por semana
- Diariamente

B3. Com que frequência você consome verduras?

- Nunca ou menos de 1 vez por mês
- 1 a 3 vezes por mês
- 1 a 3 vezes por semana
- 4 a 6 vezes por semana
- Diariamente

B4. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você praticou alguma atividade física para melhorar sua saúde, condição física ou com objetivo estético ou de lazer?

Sim
 Não → Se NÃO, pule para a pergunta B6, na página 12.

- B5. 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, por vez (em minutos).

ATIVIDADE		Número total de vezes nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS	Tempo em geral gasto por vez (em minutos)
a) Caminhada devagar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se SIM → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b) Caminhada rápida	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se SIM → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
c) Alongamento, ioga ou tai-chi-chuan	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se SIM → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
d) Bicicleta, bicicleta ergométrica ou natação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se SIM → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
e) Ginástica aeróbica ou outras	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se SIM → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
f) Musculação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se SIM → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
g) Dança	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se SIM → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
h) Corrida	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se SIM → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
i) Futebol ou basquete	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se SIM → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
j) Outras: Quais? _____	_____	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	_____	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	_____	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

B6. DOS 18 AOS 22 ANOS DE IDADE, com que frequência, em média, você praticava alguma atividade física intensa ou esporte (por exemplo, bicicleta, natação, vôlei, futebol, corrida ou outros)?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

B7. Você fuma cigarros atualmente?

- Sim
- Não, nunca fumei
- Não, fumei no passado, mas parei de fumar

Se **NÃO** fuma atualmente ou nunca fumou, pule para a pergunta **B9**.

B8. Em geral, quantos cigarros por dia você fuma?

- [] [] cigarros
- Menos de 1 cigarro por dia

B9. 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 consumida, seja em refeições ou fora delas, seja em situações especiais ou apenas para relaxar.

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

- Sim
- Não

Se **NÃO**, pule para a **BLOCO C**, na página 13.

B10. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, quantos dias, ao todo, você consumiu algum tipo de bebida alcoólica?

- Todos os dias
- 10 a 13 dias
- 6 a 9 dias
- 2 a 5 dias
- 1 único dia

B11. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, nos dias em que você consumiu bebida alcoólica, quantas doses, EM GERAL, você bebeu em cada um desses dias?

- 1 dose
- 2 a 4 doses
- 5 a 7 doses
- 8 a 10 doses
- Mais de 10 doses

Uma dose corresponde, por exemplo, a:

- 1 lata de cerveja ou 1 chope ou
- 1 copo de vinho ou
- 1 dose de uísque ou cachaça ou
- 1 copo de caipirinha.

Este bloco inclui não só perguntas sobre seu trabalho na UERJ, como também sobre o trabalho do principal responsável pela casa, na época em que você começou a trabalhar.

C1. Em que ano você começou a trabalhar na UERJ?

|_|_|_|_|

C2. Qual o cargo que consta em seu contracheque na UERJ?

C3. Por favor, liste as principais atividades que você desenvolve no seu dia-a-dia de trabalho na UERJ:

C4. Há quanto tempo você desempenha, na UERJ, as atividades listadas acima?

Há |_|_| anos

Menos de 1 ano

C5. Você exerce ou já exerceu função gratificada (FG) ou cargo em comissão (CC) na UERJ?

Sim

Não

→ Se NÃO, pule para a pergunta C8. na página 15.

C6. Atualmente, você exerce função gratificada (FG) ou cargo em comissão (CC) na UERJ?

Sim, função gratificada (FG)

Sim, cargo em comissão (CC)

Não

C7. NO TOTAL, durante quantos anos você exerceu ou vem exercendo alguma função gratificada (FG) ou cargo em comissão (CC) na UERJ?

NO TOTAL, tive/tenho FG ou CC por |_|_| anos

Menos de 1 ano

C8. NO TOTAL, durante quantos anos você trabalhou ou vem trabalhando em regime de plantão noturno ou de 24 horas no HUPE, Campus da UERJ ou fora da UERJ?

NUNCA trabalhei em regime de plantão noturno ou de 24 horas

Trabalhei/venho trabalhando em regime de plantão noturno ou de 24 horas por [] [] anos

Menos de 1 ano

C9. Antes de começar a trabalhar na UERJ, você trabalhava?

Sim

Não → Se NÃO, pule para a pergunta C12.

C10. Qual era sua ocupação ou atividade nesse seu PRIMEIRO trabalho?

C11. Nesse primeiro trabalho, você era empregado, trabalhava sem remuneração, trabalhava por conta própria ou era empregador?

Era empregado

Trabalhava sem remuneração

Trabalhava por conta própria

Era empregador – com menos de 25 empregados

Era empregador – com 25 empregados ou mais

C12. Quando VOCÊ começou a trabalhar, quem era considerado o chefe da família ou o PRINCIPAL RESPONSÁVEL pela casa?

Meu pai

Minha mãe

Outra pessoa

C13. Qual era a ocupação ou atividade do chefe da família ou do principal responsável pela casa quando você começou a trabalhar?

C14. Nesse trabalho, o PRINCIPAL RESPONSÁVEL pela casa era empregado, trabalhava sem remuneração, trabalhava por conta própria ou era empregador?

Era empregado

Trabalhava sem remuneração

Trabalhava por conta própria

Era empregador – com menos de 25 empregados

Era empregador – com 25 empregados ou mais

C15. Agora, temos algumas perguntas sobre características de seu trabalho na UERJ.

a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

Frequentemente Às vezes Raramente Nunca ou quase nunca

b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?

Frequentemente Às vezes Raramente Nunca ou quase nunca

c) Seu trabalho exige demais de você?

Frequentemente Às vezes Raramente Nunca ou quase nunca

d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?

Frequentemente Às vezes Raramente Nunca ou quase nunca

e) O seu trabalho costuma lhe apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

Frequentemente Às vezes Raramente Nunca ou quase nunca

f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas através de seu trabalho?

Frequentemente Às vezes Raramente Nunca ou quase nunca

g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

Frequentemente Às vezes Raramente Nunca ou quase nunca

h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?

Frequentemente Às vezes Raramente Nunca ou quase nunca

i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

Frequentemente Às vezes Raramente Nunca ou quase nunca

j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?

Frequentemente Às vezes Raramente Nunca ou quase nunca

k) Você pode escolher **O QUE** fazer no seu trabalho?

Frequentemente Às vezes Raramente Nunca ou quase nunca

A seguir, por favor, responda até que ponto você concorda ou discorda das seguintes afirmações a respeito de seu ambiente de trabalho na UERJ.

l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.

Concordo totalmente Concordo mais do que discordo Discordo mais do que concordo Discordo totalmente

m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.

Concordo totalmente Concordo mais do que discordo Discordo mais do que concordo Discordo totalmente

n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.

Concordo totalmente Concordo mais do que discordo Discordo mais do que concordo Discordo totalmente

o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.

Concordo totalmente Concordo mais do que discordo Discordo mais do que concordo Discordo totalmente

p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.

Concordo totalmente Concordo mais do que discordo Discordo mais do que concordo Discordo totalmente

q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

Concordo totalmente Concordo mais do que discordo Discordo mais do que concordo Discordo totalmente

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

D1. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você esteve internado(a) em hospital por uma noite ou mais?

- Sim, uma vez
 Sim, mais de uma vez
 Não

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

b) Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?

- Há menos de 1 mês
 Entre 1 e 6 meses atrás
 Entre 7 e 12 meses atrás

D2. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi assaltado(a) ou roubado(a), isto é, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência?

- Sim, uma vez
 Sim, mais de uma vez
 Não

a) Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?

- Há menos de 1 mês
 Entre 1 e 6 meses atrás
 Entre 7 e 12 meses atrás

D3. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi vítima de alguma agressão física?

- Sim, uma vez
 Sim, mais de uma vez
 Não

a) Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?

- Há menos de 1 mês
 Entre 1 e 6 meses atrás
 Entre 7 e 12 meses atrás

D4. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi ferido(a) com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola, etc.) ou arma branca (faca, navalha, etc.)?

- Sim, uma vez
 Sim, mais de uma vez
 Não

a) Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?

- Há menos de 1 mês
 Entre 1 e 6 meses atrás
 Entre 7 e 12 meses atrás

D5. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você presenciou alguém ser ferido com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola, etc.) ou arma branca (faca, navalha, etc.)?

- Sim, uma vez
 Sim, mais de uma vez
 Não

a) Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?

- Há menos de 1 mês
 Entre 1 e 6 meses atrás
 Entre 7 e 12 meses atrás

D6. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você sofreu algum acidente de trânsito, seja como motorista, passageiro ou pedestre?

- Sim, uma vez
 Sim, mais de uma vez
 Não

Se NÃO, pule para a pergunta D8, na página 21.

a) Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?

- Há menos de 1 mês
 Entre 1 e 6 meses atrás
 Entre 7 e 12 meses atrás

D7. Algum desses acidentes ocorreu quando você estava indo para o trabalho ou voltando do trabalho para casa ou para outro lugar?

- Sim
 Não

D8. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você sofreu algum dos ACIDENTES listados abaixo, enquanto estava trabalhando na UERJ? (Para cada tipo de acidente responda sobre aquele mais recente.)

Sempre que responder SIM, informe...

- se o acidente foi notificado,
- se você teve que procurar assistência médica, e
- se você teve que faltar ao trabalho por causa do acidente.

TIPO DE ACIDENTE	Este acidente foi comunicado ao DRESSAUDE ou DISHUPE?	Por causa deste acidente, você teve que procurar assistência médica?	Por causa deste acidente, você teve que faltar ao trabalho por 1 dia ou mais?
a) Perfuração com agulha	<input type="checkbox"/> Sim $\xrightarrow{\text{Se SIM}}$ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
b) Perfuração com outro objeto	<input type="checkbox"/> Sim $\xrightarrow{\text{Se SIM}}$ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
c) Corte	<input type="checkbox"/> Sim $\xrightarrow{\text{Se SIM}}$ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
d) Queimadura	<input type="checkbox"/> Sim $\xrightarrow{\text{Se SIM}}$ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
e) Choque elétrico	<input type="checkbox"/> Sim $\xrightarrow{\text{Se SIM}}$ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
f) Contusão ou distensão muscular	<input type="checkbox"/> Sim $\xrightarrow{\text{Se SIM}}$ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
g) Fratura, entorse ou luxação	<input type="checkbox"/> Sim $\xrightarrow{\text{Se SIM}}$ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
h) Envenenamento ou intoxicação	<input type="checkbox"/> Sim $\xrightarrow{\text{Se SIM}}$ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
i) Outros (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Sim $\xrightarrow{\text{Se SIM}}$ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

D9. Em geral, entre sair de casa e chegar à UERJ quanto tempo, no total, você leva?

|_|_| horas |_|_| minutos

Ao longo da vida, há pessoas que se sentem discriminadas em razão de sua cor ou raça, de ser homem ou mulher, ou por outros motivos. As próximas perguntas referem-se a situações em que você possa ter se sentido injustiçado, devido a discriminação como, por exemplo, no trabalho, local de residência ou em locais públicos.

E1. Alguma vez na vida você se sentiu injustiçado, devido a discriminação em seu LOCAL DE TRABALHO (dentro ou fora da UERJ) como, por exemplo, sendo demitido, não conseguindo emprego ou, então, não sendo indicado para cargo de chefia?

- Sim
 Não

a) Na ÚLTIMA VEZ em que isso aconteceu, qual foi, na sua opinião, a PRINCIPAL razão desta discriminação?

- Sua cor ou raça
 Ser homem ou mulher
 Sua religião ou culto
 Doença ou deficiência física
 Sua opção ou preferência sexual
 Sua condição econômica, instrução ou função
 Sua atividade política
 Sua idade
 Sua aparência física
 Outra → Qual? _____

b) Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?

- Há menos de 1 mês
 Entre 1 e 12 meses atrás
 Há mais de 12 meses atrás

E2. Alguma vez na vida você se sentiu injustiçado, devido a discriminação em assuntos referentes a MORADIA como, por exemplo, tendo dificuldades para alugar imóvel ou para conviver com a vizinhança?

- Sim
 Não

a) Na ÚLTIMA VEZ em que isso aconteceu, qual foi, na sua opinião, a PRINCIPAL razão desta discriminação?

- Sua cor ou raça
 Ser homem ou mulher
 Sua religião ou culto
 Doença ou deficiência física
 Sua opção ou preferência sexual
 Sua condição econômica, instrução ou função
 Sua atividade política
 Sua idade
 Sua aparência física
 Outra → Qual? _____

b) Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?

- Há menos de 1 mês
 Entre 1 e 12 meses atrás
 Há mais de 12 meses atrás

E3. Alguma vez na vida você se sentiu injustiçado, devido a discriminação pela **POLÍCIA** como, por exemplo, sendo acusado, revistado ou agredido de alguma forma?

- Sim
 Não

a) Na **ÚLTIMA VEZ** em que isso aconteceu, qual foi, na sua opinião, a **PRINCIPAL** razão desta discriminação?

- Sua cor ou raça
 Ser homem ou mulher
 Sua religião ou culto
 Doença ou deficiência física
 Sua opção ou preferência sexual
 Sua condição econômica, instrução ou função
 Sua atividade política
 Sua idade
 Sua aparência física
 Outra → Qual? _____

b) Quando foi a **ÚLTIMA VEZ** que isso aconteceu?

- Há menos de 1 mês
 Entre 1 e 12 meses atrás
 Há mais de 12 meses atrás

E4. Alguma vez na vida você se sentiu injustiçado, devido a discriminação no atendimento recebido em **LOCAIS PÚBLICOS**, tais como bancos, estabelecimentos comerciais, hospitais, repartições públicas, etc?

- Sim
 Não

a) Na **ÚLTIMA VEZ** em que isso aconteceu, qual foi, na sua opinião, a **PRINCIPAL** razão desta discriminação?

- Sua cor ou raça
 Ser homem ou mulher
 Sua religião ou culto
 Doença ou deficiência física
 Sua opção ou preferência sexual
 Sua condição econômica, instrução ou função
 Sua atividade política
 Sua idade
 Sua aparência física
 Outra → Qual? _____

b) Quando foi a **ÚLTIMA VEZ** que isso aconteceu?

- Há menos de 1 mês
 Entre 1 e 12 meses atrás
 Há mais de 12 meses atrás

E5. Alguma vez na vida você se sentiu injustiçado, devido a discriminação em seu COLÉGIO OU FACULDADE como, por exemplo sendo desestimulado a prosseguir seus estudos?

- Sim
 Não

a) Na ÚLTIMA VEZ em que isso aconteceu, qual foi, na sua opinião, a PRINCIPAL razão desta discriminação?

- Sua cor ou raça
 Ser homem ou mulher
 Sua religião ou culto
 Doença ou deficiência física
 Sua opção ou preferência sexual
 Sua condição econômica, instrução ou função
 Sua atividade política
 Sua idade
 Sua aparência física
 Outra → Qual?

b) Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?

- Há menos de 1 mês
 Entre 1 e 12 meses atrás
 Há mais de 12 meses atrás

Esta parte do questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

F1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

- Muito ruim , Ruim , Nem ruim nem boa , Boa , Muito boa
-

F2. O quanto você está satisfeito(a) com a sua saúde?

- Muito insatisfeito , Insatisfeito , Nem satisfeito nem insatisfeito , Satisfeito , Muito satisfeito
-

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**.

F3. Em que medida você sente alguma dor física que o impede de fazer o que você precisa?

- Nada , Muito pouco , Mais ou menos , Bastante , Extremamente
-

F4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

- Nada , Muito pouco , Mais ou menos , Bastante , Extremamente
-

F5. O quanto você aproveita a vida?

- Nada , Muito pouco , Mais ou menos , Bastante , Extremamente
-

F6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

- Nada , Muito pouco , Mais ou menos , Bastante , Extremamente
-

F7. O quanto você consegue se concentrar?

- Nada , Muito pouco , Mais ou menos , Bastante , Extremamente
-

F8. O quanto você se sente seguro(a) em sua vida diária?

- Nada , Muito pouco , Mais ou menos , Bastante , Extremamente
-

F9. O quanto o seu ambiente físico é saudável (clima, barulho, poluição, atrativos)?

- Nada , Muito pouco , Mais ou menos , Bastante , Extremamente
-

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

F10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

Nada Muito pouco Médio Muito Completamente

F11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

Nada Muito pouco Médio Muito Completamente

F12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Nada Muito pouco Médio Muito Completamente

F13. O quanto as informações que precisa no seu dia-a-dia estão disponíveis para você?

Nada Muito pouco Médio Muito Completamente

F14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

Nada Muito pouco Médio Muito Completamente

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

F15. Quão bem você é capaz de se locomover, isto é, caminhar com as próprias pernas ou deslocar-se com a ajuda de aparelhos ou cadeira de rodas?

Muito mal Mal Nem mal nem bem Bem Muito bem

F16. O quanto você está satisfeito(a) com o seu sono?

Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

F17. O quanto você está satisfeito(a) com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

F18. O quanto você está satisfeito(a) com sua capacidade para o trabalho?

Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

F19. O quanto você está satisfeito(a) consigo mesmo?

Muito insatisfeito , Insatisfeito , Nem satisfeito nem insatisfeito , Satisfeito , Muito satisfeito

F20. O quanto você está satisfeito(a) com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Muito insatisfeito , Insatisfeito , Nem satisfeito nem insatisfeito , Satisfeito , Muito satisfeito

F21. O quanto você está satisfeito(a) com sua vida sexual?

Muito insatisfeito , Insatisfeito , Nem satisfeito nem insatisfeito , Satisfeito , Muito satisfeito

F22. O quanto você está satisfeito(a) com o apoio que você recebe de seus amigos?

Muito insatisfeito , Insatisfeito , Nem satisfeito nem insatisfeito , Satisfeito , Muito satisfeito

F23. O quanto você está satisfeito(a) com as condições do local onde mora?

Muito insatisfeito , Insatisfeito , Nem satisfeito nem insatisfeito , Satisfeito , Muito satisfeito

F24. O quanto você está satisfeito(a) com o seu acesso aos serviços de saúde?

Muito insatisfeito , Insatisfeito , Nem satisfeito nem insatisfeito , Satisfeito , Muito satisfeito

F25. O quanto você está satisfeito(a) com o seu meio de transporte?

Muito insatisfeito , Insatisfeito , Nem satisfeito nem insatisfeito , Satisfeito , Muito satisfeito

A questão seguinte refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

F26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca , Algumas vezes , Frequentemente , Muito Frequentemente , Sempre

*Para terminar, por favor preencha alguns
dados pessoais*

G1. Qual é o seu grau de instrução?

- 1º grau incompleto
- 1º grau completo
- 2º grau incompleto
- 2º grau completo
- Universitário incompleto
- Universitário completo
- Pós-graduação

G2. Qual a sua formação profissional? _____

G3. 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?

- Até 500 reais
- Entre 501 e 1.000 reais
- Entre 1.001 reais e 1.500 reais
- Entre 1.501 e 2.000 reais
- Entre 2.001 e 2.500 reais
- Entre 2.501 e 3.000 reais
- Entre 3.001 e 4.000 reais
- Entre 4.001 e 5.000 reais
- Mais de 5.000 reais

G4. 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

G5. Qual é o seu sexo?

- Masculino
- Feminino

G6. Qual é a sua data de nascimento?

/ /
dia mês ano

**MUITO OBRIGADO
POR SUA COLABORAÇÃO!**

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

AFERIDOR	Nº do Kit
	/
REVISOR	
	/
DIGITADOR 1	
	/
DIGITADOR 2	
	/

a) DIÂMETRO DO BRAÇO

| | | | cm

Diâmetro

até 26 cm → Pequeno

26,1 a 33 cm → Médio

33,1 a 50 cm → Grande

Manguito

Medido no braço esquerdo

b) PRESSÃO ARTERIAL 1

| | | | por | | | | mmHg

Sobre a pele Sobre a roupa

e) PRESSÃO ARTERIAL 2

| | | | por | | | | mmHg

Sobre a pele Sobre a roupa

d) NOS ÚLTIMOS 7 DIAS VOCÊ TOMOU ALGUM MEDICAMENTO?

Sim Não

Qual(is)? _____

e) PESO

| | | | | | kg

Se gestante: Há | | | | semanas

f) CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA

| | | | | | cm

Sobre a pele Sobre a roupa

TEVE ALTURA AFERIDA NO 1º CENSO? Sim Não

g) ALTURA 1

| | | | | | cm

h) ALTURA 2

| | | | | | cm

APENAS PARA USO DA EQUIPE

Data / Hora início : Hora término :

- Preenchido com interrupção
 Aplicado como entrevista

Observações

Supervisor

data /

**Código
Aplicador**

Revisor/Codificador

data /

**Coordenador
Revisão/Codificação**

data /

Digitador 1

data /

Digitador 2

data /

Digitador Correção

data /

Coordenador Digitação

data /