



cole a etiqueta  
neste espaço

# PRÓ-SAÚDE UERJ

## 2006

CONFIDENCIAL

Informações: 2587 7959 - [prosaude@uerj.br](mailto:prosaude@uerj.br)

**Pró**  
**Saúde** UERJ

Conhecendo melhor a saúde  
dos funcionários da UERJ



## INSTRUÇÕES

- ✓ Por favor, leia todas opções de resposta até o final, antes de responder a cada pergunta.
- ✓ 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.**
- ✓ 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 ao seu estado de saúde.

**A. 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

**B. Desde janeiro de 2002 até agora, você esteve internado(a) em hospital, por uma noite ou mais, em razão de doença ou acidente? (por favor, não inclua internação para nascimento de filho)**

- 1  Sim —————> Se SIM, qual o motivo dessa internação, ou de cada uma dessas internações?
- 2  Não

1ª. Internação: \_\_\_\_\_

2ª. Internação: \_\_\_\_\_

3ª. Internação: \_\_\_\_\_

4ª. Internação: \_\_\_\_\_

5ª. Internação: \_\_\_\_\_

**C. 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?**

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

---

**b) 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

---

**c) 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

---

**d) 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

---

**e) 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

---

**f) 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

---

**g) 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

---

**h) 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

---

**i) 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

---

**j) 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

---

**k) 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

---

**l) 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
-

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

<sub>1</sub>  Sim

<sub>2</sub>  Não

**E. Você fuma cigarros atualmente?**

<sub>1</sub>  Sim

<sub>2</sub>  Não, nunca fumei

<sub>3</sub>  Não, parei de fumar há um ano ou MAIS

<sub>4</sub>  Não, parei de fumar há MENOS de um ano

**Para terminar, por favor, preencha alguns dados pessoais**

**F. 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?**

<sub>1</sub>  Até 500 reais

<sub>2</sub>  Entre 501 e 1000 reais

<sub>3</sub>  Entre 1001 e 1500 reais

<sub>4</sub>  Entre 1501 e 2000 reais

<sub>5</sub>  Entre 2001 e 2500 reais

<sub>6</sub>  Entre 2501 e 3000 reais

<sub>7</sub>  Entre 3001 e 4000 reais

<sub>8</sub>  Entre 4001 e 5000 reais

<sub>9</sub>  Mais de 5000 reais

**G. 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

## H. 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

## I. Qual é o seu sexo?

- 1  Masculino
- 2  Feminino

## J. 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.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

<b>AFERIDOR</b>	<b>Nº do Kit</b> <input type="text"/>
	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>REVISOR</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>DIGITADOR 1</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>DIGITADOR 2</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/>

**a) DIÂMETRO DO BRAÇO**

,  cm

**Diâmetro** **Manguito**

< 25,3 cm →  Pequeno

25,3 a 34,3 cm →  Médio

> 34,3 cm →  Grande

Medido no braço esquerdo

**b) PRESSÃO ARTERIAL 1**

por  mmHg

Sobre a pele  Sobre a roupa

**c) 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

**g) ALTURA EM PÉ**

**ALTURA 1**  cm **ALTURA 2**  cm

**h) ALTURA SENTADO**

**ALTURA 1**  cm **ALTURA 2**  cm

# APENAS PARA USO DA EQUIPE

Data / /

Hora início :

Hora término :

1 Preenchimento com interrupção

2 Aplicado como entrevista

**Observações**

**Supervisor**

Data / /

**Código  
Aplicador**

**Revisor/Codificador**

Data / /

**Digitador 1**

Data / /

**Digitador 2**

Data / /

**Digitador Correção**

Data / /

**Coordenador Digitação**

Data / /