



Universidade Federal de Pelotas
Centro de Pesquisas Epidemiológicas
Departamento de Medicina Social
Departamento de Enfermagem



*NÃO ESCREVER
NESTA COLUNA*

**Monitoramento e Avaliação do
Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)**

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

BLOCO DE IDENTIFICAÇÃO GERAL

Estado: __ __

ELOTE __ __ __

Município: _____

Unidade de saúde: _____

EQUESDO

Código da Unidade de Saúde (SIA/SUS): __ __ __ __ __

Endereço: _____

Fone/Fax: _____

E-mail do entrevistado: _____

Nº do questionário: __ __ __

Grupo: (1) PSF pré PROESF (2) PSF pós PROESF (3) Mista (4) AB Tradicional

EGRUPO __

(5) Outra: _____

BLOCO DE INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

E1. Qual a sua idade? __ __

EIDADE __ __

E2. Sexo: (0) Masculino (1) Feminino

ESEXO __

E3. Você estudou até:

- (0) Ensino Fundamental (1º grau) incompleto
- (1) Ensino Fundamental (1º grau) completo
- (2) Ensino Médio (2º grau) incompleto
- (3) Ensino Médio (2º grau) completo
- (4) Superior incompleto
- (5) Superior completo
- (6) Pós-graduação

EESCOL __

| | |
|---|---|
| <p>E4. Se você ESTÁ CURSANDO o 3º GRAU ou já COMPLETOU, qual o curso de graduação?</p> <p>(1) Medicina (2) Enfermagem (3) Nutrição (4) Psicologia (5) Serviço Social (6) Odontologia (8) NSA () Outro: _____</p> <p>Há quanto tempo concluiu o 3º GRAU:__ __ (anos) (88) NSA</p> | <p><i>EGRAD</i> __</p> <p><i>EGRADT</i>__ __</p> |
| <p>E5. Você tem pós-graduação:</p> <p>Residência médica (0) Não (1) Sim (8) NSA Residência enfermagem (0) Não (1) Sim (8) NSA</p> <p>SE SIM; Qual área?</p> <p>Especialização (00) Não (1) Sim: _____ Mestrado (00) Não (1) Sim: _____ Doutorado (00) Não (1) Sim: _____</p> | <p><i>EPÓSGRM</i>__ <i>EPÓSGRE</i>__</p> <p><i>EESPCL</i>__ __ <i>EMSTADO</i>__ __ <i>EDTRADO</i>__ __</p> |
| <p>E6. Há quanto tempo concluiu a formação de mais alto grau? __ __ anos (00) menos de 1 ano</p> | <p><i>EQTTP</i>__ __</p> |
| <p>E7. Qual sua atividade profissional nesta Unidade de Saúde?</p> <p>(1) Auxiliar administrativo/ burocrata/ recepcionista (2) Auxiliar de enfermagem (3) Técnico de enfermagem (4) Enfermeiro (5) Médico (6) Serviços Gerais/ Servente (7) Agente Comunitário de Saúde (8) Outro profissional de nível superior: _____</p> | <p><i>EATIV</i> __</p> |
| <p>E8. Este é seu primeiro emprego? (0) Não (1) Sim</p> <p>SE NÃO: Qual(is) a(s) suas experiência(s) anterior(es): _____ _____ _____ _____</p> | <p><i>E1EMPREG</i>__</p> <p><i>ETIPEPV</i>__ __</p> |
| <p>E9. Você ingressou neste emprego através de:</p> <p>(01) Concurso público (02) Seleção interna na Instituição (03) Seleção externa (04) Indicação () Outro _____</p> | <p><i>EINGEMP</i>__ __</p> |

| | |
|--|---|
| E10. Seu regime de trabalho neste emprego é: (01) estatutário (02) CLT (03) Contrato temporário (04) Cargo Comissionado (05) Bolsa (06) Prestação de Serviços (07) Cooperado (08) Contrato Informal (09) Contrato Verbal () Outros _____ | <i>EREGIW</i> __ __ |
| E11. Você está satisfeito com a sua forma de vínculo empregatício? (0) Não (1) Sim SE NÃO, comente o que poderia melhorar? _____ _____ _____ | <i>ESTSREGW</i> __ |
| E12. Carga horária Contratada nesta UBS: __ __ horas semanais | <i>ECONTRAT</i> __ __ |
| E13. Carga horária Cumprida nesta UBS: __ __ horas semanais | <i>ECUMPRI</i> __ __ |
| E14. Qual a sua remuneração mensal bruta pelo trabalho aqui na Unidade de Saúde (que recebeu no último mês)? R\$ _____ | <i>EREND</i> _____ |
| E15. Está recebendo salário em dia? (0) Não (1) Sim | <i>ESALDIA</i> __ |
| E16. Além de seu salário, o município lhe paga algum outro valor como incentivo? (0) Não (1) Sim SE SIM, de que tipo? _____ De que valor? _____ (mensal) (codificar sem valor após a vírgula) | <i>EPGOUT</i> __ <i>EPGTIPO</i> __ __ <i>EPGTPV</i> _____ |
| E17. Seu contrato permite vinculação a algum plano de carreira na instituição? (0) Não (1) Sim | <i>EPCC</i> __ |
| E18. Tens outros empregos? (0) Não (1) Sim | <i>EOUTTRAB</i> __ |
| E19. A quanto tempo trabalha nesta Instituição (Prefeitura)? __ __ __ (meses) | <i>ETPWP</i> __ __ __ |
| E20. A quanto tempo trabalha nesta Unidade de Saúde? __ __ __ (meses) | <i>ETPTUBS</i> __ __ __ |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|---------------|--------------------------------|--------------|-------------------------------------|----------------|---------------|-----------|--------------------------------|---------|---|------------|-----------------|---------|---------|-----------|-----------------|---------|---------|-----------|-------|---------|---------|------------|----------|---------|---------|----------|-------------|---------|---------|-----------|----------|---------|---------|---------|------------|---------|---------|-----------|------------|---------|---------|-----------|-------------|---------|---------|---------|----------------------|---------|---------|-----------|-------------------|
| <p>E21. Houve alguma mudança na sua equipe de trabalho no último ano? (0) Não (1) Sim</p> <p>SE SIM: Para o trabalho nesta Unidade de Saúde estas mudanças foram: (00) Positivas (01) Negativas (02) Não tiveram nenhuma influência () Outro _____</p> | <p>EMUDEW __</p> <p>ERESMUD __ __</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>E22. Depois que você começou a trabalhar na Atenção Básica (UBS), fez algum dos cursos de capacitação abaixo relacionados?</p> <table border="0"> <tr> <td>Treinamento introdutório</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>EINTRO __</td> </tr> <tr> <td>Treinamento para preenchimento SIAB</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>ESIAB __</td> </tr> <tr> <td>Saúde da criança</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>ESACRIA __</td> </tr> <tr> <td>Saúde da mulher</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>ESAMUL __</td> </tr> <tr> <td>Saúde do adulto</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>ESAADU __</td> </tr> <tr> <td>AIDPI</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>E AidPI __</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>EDIAB __</td> </tr> <tr> <td>Hipertensão</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>EHIPER __</td> </tr> <tr> <td>DST/AIDS</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>EDST __</td> </tr> <tr> <td>Hanseníase</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>EHANSE __</td> </tr> <tr> <td>Imunização</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>EIMUNI __</td> </tr> <tr> <td>Tuberculose</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>ETBC __</td> </tr> <tr> <td>Outro curso(s) _____</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>EOUTRO __</td> </tr> </table> <p>A participação nestas capacitações teve alguma influência na sua prática profissional? (0) Não (1) Sim</p> <p>Faça um breve comentário sobre a relevância e adequação destas capacitações para seu trabalho diário:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | Treinamento introdutório | (0) Não | (1) Sim | EINTRO __ | Treinamento para preenchimento SIAB | (0) Não | (1) Sim | ESIAB __ | Saúde da criança | (0) Não | (1) Sim | ESACRIA __ | Saúde da mulher | (0) Não | (1) Sim | ESAMUL __ | Saúde do adulto | (0) Não | (1) Sim | ESAADU __ | AIDPI | (0) Não | (1) Sim | E AidPI __ | Diabetes | (0) Não | (1) Sim | EDIAB __ | Hipertensão | (0) Não | (1) Sim | EHIPER __ | DST/AIDS | (0) Não | (1) Sim | EDST __ | Hanseníase | (0) Não | (1) Sim | EHANSE __ | Imunização | (0) Não | (1) Sim | EIMUNI __ | Tuberculose | (0) Não | (1) Sim | ETBC __ | Outro curso(s) _____ | (0) Não | (1) Sim | EOUTRO __ | <p>EIFPROF __</p> |
| Treinamento introdutório | (0) Não | (1) Sim | EINTRO __ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Treinamento para preenchimento SIAB | (0) Não | (1) Sim | ESIAB __ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Saúde da criança | (0) Não | (1) Sim | ESACRIA __ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Saúde da mulher | (0) Não | (1) Sim | ESAMUL __ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Saúde do adulto | (0) Não | (1) Sim | ESAADU __ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AIDPI | (0) Não | (1) Sim | E AidPI __ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diabetes | (0) Não | (1) Sim | EDIAB __ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hipertensão | (0) Não | (1) Sim | EHIPER __ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DST/AIDS | (0) Não | (1) Sim | EDST __ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hanseníase | (0) Não | (1) Sim | EHANSE __ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imunização | (0) Não | (1) Sim | EIMUNI __ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tuberculose | (0) Não | (1) Sim | ETBC __ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outro curso(s) _____ | (0) Não | (1) Sim | EOUTRO __ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>E23. O seu trabalho na Unidade de Saúde é supervisionado (acompanhado) por membro da equipe de Coordenação/ Central da Atenção Básica ou PSF? (0) Não (1) Sim</p> <p>SE SIM, Qual o conteúdo desta supervisão? _____</p> <p>E24. Qual a periodicidade da supervisão?</p> <table border="0"> <tr> <td>(1) Semanal</td> <td>(2) Quinzenal</td> <td>(3) Mensal</td> <td>(4) Bimensal</td> <td>EPERSUP __</td> </tr> <tr> <td>(5) Trimestral</td> <td>(6) Semestral</td> <td>(7) Anual</td> <td>(8) Sem periodicidade definida</td> <td></td> </tr> </table> <p>E25. Há quanto tempo ocorreu a última supervisão? ____ ano(s) e ____ mês(es) Codificar em meses (000) menos de 1 mês</p> | (1) Semanal | (2) Quinzenal | (3) Mensal | (4) Bimensal | EPERSUP __ | (5) Trimestral | (6) Semestral | (7) Anual | (8) Sem periodicidade definida | | <p>ESUPRV __</p> <p>ECTDSUP __ __</p> <p>EULTSUP __ __ __</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1) Semanal | (2) Quinzenal | (3) Mensal | (4) Bimensal | EPERSUP __ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (5) Trimestral | (6) Semestral | (7) Anual | (8) Sem periodicidade definida | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|-------------------------|
| E26. Em média, aqui na Unidade, quantas pessoas você atende em um dia normal de trabalho? ___ __ pessoas | <i>ENATEND</i> ___ __ |
| E27. Na sua opinião, como está a qualidade da maioria dos serviços prestados à população nesta unidade de saúde? (1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem ruim nem boa (4) Boa (5) Muito boa | <i>EQUALI</i> __ |
| NOS ITENS ABAIXO, ASSINALE NA ESCALA O QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM: | |
| E28. Estrutura física da Unidade de Saúde: 0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10 pouco satisfeito muito satisfeito | <i>EESTRU</i> ____, __ |
| E29. Atendimento individual à demanda na Unidade: 0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10 pouco satisfeito muito satisfeito | <i>EDEMUS</i> ____, __ |
| E30. Atendimento individual à demanda no domicílio: 0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10 pouco satisfeito muito satisfeito | <i>EDEMDO</i> ____, __ |
| E31. Trabalho em equipe: 0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10 pouco satisfeito muito satisfeito | <i>ETRAEQ</i> ____, __ |
| E32. Preenchimento de formulários e relatórios: 0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10 pouco satisfeito muito satisfeito | <i>EFORMUL</i> ____, __ |
| E33. Reuniões de equipe: 0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10 pouco satisfeito muito satisfeito | <i>EREEQUI</i> ____, __ |
| E34. Reuniões com a comunidade: 0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10 pouco satisfeito muito satisfeito | <i>ERECOMU</i> ____, __ |

| | | | |
|---|------------------|------------------------------|--------------------------|
| E35. Reuniões com a coordenação local da Unidade: | | | <i>ERECOOR</i> __ __, __ |
| <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">pouco satisfeito muito satisfeito</p> | | | |
| AGORA VAMOS FALAR SOBRE O QUE VOCÊ ACHA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO | | | |
| Iluminação: | (0) Adequada | (1) Pouca / excessiva | <i>EAFLUMI</i> __ |
| Temperatura: | (0) Adequada | (1) Muito frio / muito calor | <i>EAFTEMP</i> __ |
| Ventilação / aeração: | (0) Adequada | (1) Má ventilação | <i>EAFVENT</i> __ |
| Espaço próprio: | (0) Suficiente | (1) Insuficiente | <i>EAFESPA</i> __ |
| Barulho excessivo | (0) Não | (1) Sim | <i>EAFBARU</i> __ |
| Condições de higiene: | (0) Boas | (1) Não boas | <i>EAFHIGIE</i> __ |
| Móveis: | (0) Confortáveis | (1) Não confortáveis | <i>EAFMOVE</i> __ |
| Manutenção do prédio: | (0) Suficiente | (1) Insuficiente | <i>EAFMANU</i> __ |
| Cheiros desagradáveis: | (0) Não | (1) Sim | <i>EAFCHEIR</i> __ |
| | | | |
| Sente que exigem demais de você: | (0) Não | (1) Sim | <i>ETAEXIG</i> __ |
| Tem muita concorrência entre colegas: | (0) Não | (1) Sim | <i>ETACON</i> __ |
| Sente insegurança pela instabilidade: | (0) Não | (1) Sim | <i>ETAINST</i> __ |
| Sente falta de solidariedade entre colegas: | (0) Não | (1) Sim | <i>ETASOLID</i> __ |
| Sente que tem responsabilidade demais: | (0) Não | (1) Sim | <i>ETARESP</i> __ |
| Realiza tarefas muito variadas: | (0) Não | (1) Sim | <i>ETAVARIA</i> __ |
| Faz muito trabalho burocrático: | (0) Não | (1) Sim | <i>ETABURO</i> __ |
| Sente falta de recursos para o trabalho: | (0) Não | (1) Sim | <i>ETARECU</i> __ |
| Sente falta de capacitação para as tarefas: | (0) Não | (1) Sim | <i>ETACAPA</i> __ |
| | | | |
| Tem facilidade de dialogar com chefias: | (0) Não | (1) Sim | <i>EAIIDIAG</i> __ |
| O relacionamento com chefias é tenso: | (0) Não | (1) Sim | <i>EAIRELCH</i> __ |
| O relacionamento com colegas é tenso: | (0) Não | (1) Sim | <i>EAIRELCO</i> __ |
| Tem medo de ficar sem trabalho: | (0) Não | (1) Sim | <i>EAISEMTR</i> __ |
| Sente-se reconhecido pelo trabalho: | (0) Não | (1) Sim | <i>EAIRECON</i> __ |
| Está de acordo com o andamento do trabalho: | (0) Não | (1) Sim | <i>EAIANDAM</i> __ |
| Tem liberdade para sugerir melhorias: | (0) Não | (1) Sim | <i>EAIUGER</i> __ |
| | | | |
| Se sente comprometido com o que faz: | (0) Não | (1) Sim | <i>EAPCOMP</i> __ |
| Pode aplicar seus conhecimentos: | (0) Não | (1) Sim | <i>EAPAPLIC</i> __ |
| Sente-se útil no trabalho: | (0) Não | (1) Sim | <i>EAPUTIL</i> __ |
| Vê condições de progredir: | (0) Não | (1) Sim | <i>EAPPROG</i> __ |
| Sente orgulho pelo que faz: | (0) Não | (1) Sim | <i>EAPORGU</i> __ |
| Perde tempo com outras tarefas: | (0) Não | (1) Sim | <i>EAPTEMP</i> __ |
| Acha que seus erros podem afetar outras pessoas: | (0) Não | (1) Sim | <i>EAPERROS</i> __ |
| Está descontente com seus colegas: | (0) Não | (1) Sim | <i>EAPDESC</i> __ |

| | | | | | |
|--|---------------|-------------|--------------|--------------|-------------|
| E36. Você teve acesso na unidade de saúde às seguintes publicações do MS? Revista Brasileira Saúde da Família (0) Não (1) Sim <i>ERBSF</i> __ Informes da atenção básica (0) Não (1) Sim <i>EIAB</i> __ Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica (0) Não (1) Sim <i>EMSIAB</i> __ Manual: O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (0) Não (1) Sim <i>EMTACS</i> __ Avaliação Normativa do PSF no Brasil (0) Não (1) Sim <i>EANPSF</i> __ | | | | | |
| E37. Para suas atividades profissionais, faz uso de computador? (0) Não (1) Sim, na UBS (2) Sim, em casa (3) Sim, na UBS e em casa <i>ECOMP</i> __ | | | | | |
| E38. Para suas atividades profissionais, utiliza algum tipo de protocolo? (0) Não (1) Sim SE SIM: Quais? _____ _____ _____ | | | | | |
| Poderias descrever quais as atividades realizadas na sua última semana de trabalho como por exemplo: visita domiciliar, atendimento individual, coordenação/participação em grupo terapêutico, reuniões de equipe, reuniões com a comunidade, reunião com nível central da Secretaria de Saúde, tarefas burocráticas (relatórios, pedidos), participação em atividades de capacitação? <i><para preenchimento do quadro abaixo, utilize o verso da página registrando claramente as atividades que realiza em cada turno de cada dia> .</i> | | | | | |
| Turno | Segunda-feira | Terça-feira | Quarta-feira | Quinta-feira | Sexta-feira |
| M | | | | | |
| T | | | | | |
| N | | | | | |

| | |
|---|---------------------------|
| <p>E39. Dos documentos abaixo relacionados, marque quais você é responsável ou participa no preenchimento:</p> <p>Cadastramento das famílias (0) Não (1) Sim <i>ECADFAM</i> __ Pedido de medicamentos (0) Não (1) Sim <i>EPEDMED</i> __ Pedido de material de consumo/ limpeza (0) Não (1) Sim <i>EPEDMAT</i> __ Pedido de vacinas e insumos para sala de vacinas (0) Não (1) Sim <i>EPEDVAC</i> __ Condensado mensal do PACS (0) Não (1) Sim <i>ECONDMS</i> __ Relatório mensal do SIAB (0) Não (1) Sim <i>ERELSIAB</i> __ Relatório de avaliação de atividades programáticas (0) Não (1) Sim <i>ERELAVP</i> __</p> | |
| <p>E40. Nos últimos 12 meses você participou de alguma atividade realizada na comunidade da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (escola, associação de bairro, igreja, etc.)?</p> <p>(0) Não (1) Sim <i>EATVCOM</i> __</p> <p>SE SIM; Quais as atividades realizadas e com qual instituição? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p><i>EATVQ</i> __ __</p> |
| AGORA NÓS VAMOS FALAR DE ATIVIDADES FÍSICAS / EXERCÍCIOS | |
| <p>E41) Desde <7 dias atrás> quantos dias você caminhou por mais de 10 minutos seguidos? <i>ECAMDIA</i> __</p> <p>Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício.</p> <p>__ dias (0) nenhum → vá para a pergunta E43</p> | |
| <p>E42) Nos dias em que caminhou, quanto tempo (em minutos), no total, você caminhou por dia? <i>EMINCAM</i> __ __ __</p> <p style="text-align: center;"> $\frac{\quad}{1^{\circ} \text{ dia}} + \frac{\quad}{2^{\circ} \text{ dia}} + \frac{\quad}{3^{\circ} \text{ dia}} + \frac{\quad}{4^{\circ} \text{ dia}} + \frac{\quad}{5^{\circ} \text{ dia}}$ </p> | |
| AGORA VAMOS FALAR DE OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS FORA CAMINHADA | |
| <p>E43. Desde <7 dias atrás> quantos dias você fez atividades fortes, que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? <i>EFORDIA</i> __</p> <p>Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, ...</p> <p>__ dias (0) nenhum → vá para a pergunta E45</p> | |

| | |
|---|---|
| <p>E44. Nos dias em que fez atividades fortes, <u>quanto tempo</u> (em minutos), no total, você fez atividades fortes por dia?</p> $\frac{\quad}{1^{\text{o}} \text{ dia}} + \frac{\quad}{2^{\text{o}} \text{ dia}} + \frac{\quad}{3^{\text{o}} \text{ dia}} + \frac{\quad}{4^{\text{o}} \text{ dia}} + \frac{\quad}{5^{\text{o}} \text{ dia}}$ | <p>EMINFOR __ __ __</p> |
| <p>E45. Desde <7 dias atrás> quantos dias você fez <u>atividades médias</u>, que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, <u>por mais de 10 minutos seguidos</u>? Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc.</p> <p>__ dias (0) nenhum → Vá para questão E47.</p> <p>E46. Nos dias em que fez atividades médias, quanto tempo, no total, você fez atividades médias <u>por dia</u>?</p> $\frac{\quad}{1^{\text{o}} \text{ dia}} + \frac{\quad}{2^{\text{o}} \text{ dia}} + \frac{\quad}{3^{\text{o}} \text{ dia}} + \frac{\quad}{4^{\text{o}} \text{ dia}} + \frac{\quad}{5^{\text{o}} \text{ dia}}$ | <p>EMEDIA __</p> <p>EMINMED __ __ __</p> |
| <p>E47. Indique as 3 medidas que, na sua opinião, são as mais importantes para manter a boa saúde, começando com a mais importante de todas. (Assinale nos parênteses anteriores aos números a sua ordem de preferência)</p> <p><u>VER FOLHA COM AS FIGURAS EM ANEXO AO FINAL DO QUESTIONÁRIO</u></p> <p>() (1) Ter uma alimentação saudável, evitando comer muita gordura animal;</p> <p>() (2) Fazer exercícios físicos regularmente;</p> <p>() (3) Não tomar bebidas alcoólicas em excesso;</p> <p>() (4) Consultar o médico regularmente;</p> <p>() (5) Não fumar;</p> <p>() (6) Manter seu peso ideal;</p> <p>() (7) Controlar ou evitar o estresse;</p> <p>(9) IGN</p> | <p>EMDIMP1 __</p> <p>EMDIMP2 __</p> <p>EMDIMP3 __</p> |
| <p>AGORA VAMOS FALAR SOBRE SAÚDE E SENTIMENTOS</p> | |
| <p>E48. Tem dores de cabeça frequentemente? (0) Não (1) Sim</p> | <p>EDORCA __</p> |
| <p>E49. Tem falta de apetite? (0) Não (1) Sim</p> | <p>EFALTAP __</p> |
| <p>E50. Dorme mal? (0) Não (1) Sim</p> | <p>EDORMAL __</p> |
| <p>E51. Assusta-se com facilidade? (0) Não (1) Sim</p> | <p>ESUSTO __</p> |
| <p>E52. Tem tremores nas mãos? (0) Não (1) Sim</p> | <p>ETREMO __</p> |
| <p>E53. Sente-se nervoso(a), tenso(a), preocupado(a)? (0) Não (1) Sim</p> | <p>ENER __</p> |
| <p>E54. Tem má digestão? (0) Não (1) Sim</p> | <p>EMADIG __</p> |
| <p>E55. Sente que suas idéias ficam embaralhadas de vez em quando? (0) Não (1) Sim</p> | <p>EIDEIA __</p> |

| | | |
|--|-----------------|---|
| E56. Tem se sentido triste ultimamente? | (0) Não (1) Sim | <i>ETRIST</i> __ |
| E57. Tem chorado mais do que de costume? | (0) Não (1) Sim | <i>ECHORO</i> __ |
| E58. Consegue sentir algum prazer nas suas atividades diárias? | (0) Não (1) Sim | <i>EPRAZER</i> __ |
| E59. Tem dificuldades de tomar decisões? | (0) Não (1) Sim | <i>EDECIDE</i> __ |
| E60. Acha que seu trabalho diário é penoso, lhe causa algum sofrimento? | (0) Não (1) Sim | <i>ETRAPE</i> __ |
| E61. Acha que tem um papel útil na sua vida? | (0) Não (1) Sim | <i>EPAVI</i> __ |
| E62. Tem perdido o interesse pelas coisas? | (0) Não (1) Sim | <i>EINTER</i> __ |
| E63. Sente-se uma pessoa sem valor? | (0) Não (1) Sim | <i>EVALOR</i> __ |
| E64. Alguma vez pensou em acabar com a vida? | (0) Não (1) Sim | <i>ESUI</i> __ |
| E65. Sente-se cansado(a) o tempo todo? | (0) Não (1) Sim | <i>ECANSA</i> __ |
| E66. Sente alguma coisa desagradável no estômago? | (0) Não (1) Sim | <i>EBUCHO</i> __ |
| E67. Se cansa com facilidade? | (0) Não (1) Sim | <i>ECAFACI</i> __ |
| AGORA SERÃO FEITAS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE | | |
| E68. Você tem algum problema de saúde? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe SE SIM, qual(is)? _____ _____ _____ | | <i>EPROBSA</i> __ <i>EQPROSA1</i> __ __ __ <i>EQPROSA2</i> __ __ __ |
| E69. Para este(s) problema(s), usa algum medicamento regularmente? (0) Não (1) Sim SE SIM, qual(is)? _____ _____ | | <i>EMEDIC</i> __ <i>EQMED1</i> __ __ __ <i>EQMED2</i> __ __ __ |
| E70. E nos últimos 15 dias, você tomou algum medicamento? (0) Não (1) Sim SE SIM, qual(is)? _____ _____ | | <i>EMED15</i> __ <i>EQMED151</i> __ __ __ <i>EQMED152</i> __ __ __ |
| E71. A maioria dos medicamentos que você toma é com receita médica? (0) Não (1) Sim | | <i>ERECEI</i> __ |
| E72. Nos últimos 90 dias, você precisou consultar com médico? (0) Não (1) Sim SE SIM, onde você consultou? _____ | | <i>E90DMED</i> __ <i>E90DON</i> __ __ |
| E73. Na maioria das vezes que você procura atendimento médico, aonde você vai? _____ | | <i>EATDOND</i> __ __ |
| E74. Como você avaliaria sua qualidade de vida? (1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem ruim nem boa (4) Boa (5) Muito boa | | <i>EWAVAL</i> __ |

| | |
|---|---------------------------|
| <p>E75. Como está sua satisfação com sua saúde?</p> <p>(0) Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito</p> | <p><i>EWSATIS</i> __</p> |
| <p>AS PERGUNTAS SEGUINTE SÃO SOBRE O QUANTO VOCÊ TEM SENTIDO ALGUMAS COISAS NESTAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS:</p> | |
| <p>E76. Em que medida você acha que sua dor (física) impede de fazer o que você precisa?</p> <p>(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p> | <p><i>EW DOR</i> __</p> |
| <p>E77. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?</p> <p>(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p> | <p><i>EWTRAT</i> __</p> |
| <p>E78. O quanto você aproveita a vida?</p> <p>(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p> | <p><i>EWAPROV</i> __</p> |
| <p>E79. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?</p> <p>(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p> | <p><i>EWSENTI</i> __</p> |
| <p>E80. O quanto você consegue se concentrar?</p> <p>(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p> | <p><i>EWCONCE</i> __</p> |
| <p>E81. Quanto de seguro você se sente em sua vida diária?</p> <p>(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p> | <p><i>EWSEGUR</i> __</p> |
| <p>E82. Quanto de saudável é o seu ambiente de trabalho?</p> <p>(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente</p> | <p><i>EWSAUD</i> __</p> |
| <p>AS PERGUNTAS SEGUINTE SÃO SOBRE O QUANTO VOCÊ TEM SE SENTIDO OU FOI CAPAZ DE FAZER CERTAS COISAS NESTAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS:</p> | |
| <p>E83. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?</p> <p>(1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente</p> | <p><i>EWENERG</i> __</p> |
| <p>E84. Você é capaz de aceitar sua aparência física?</p> <p>(1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente</p> | <p><i>EWAPARE</i> __</p> |
| <p>E85. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?</p> <p>(1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente</p> | <p><i>EW DINHE</i> __</p> |
| <p>E86. Quanto de disponíveis para você estão as informações que precisa no dia-a-dia?</p> <p>(1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente</p> | <p><i>EW INFOR</i> __</p> |

| | |
|---|---------------------------|
| <p>E87. Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?</p> <p>(1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente</p> | <p><i>EWOPORT</i> __</p> |
| <p>E88. Como está a sua capacidade de locomoção?</p> <p>(1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente</p> | <p><i>EWLOCO</i> __</p> |
| <p>AS PERGUNTAS SEGUINTE SÃO SOBRE O QUANTO VOCÊ TEM SE SENTIDO SATISFEITO COM VÁRIOS ASPECTOS DA SUA VIDA NESTAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS:</p> | |
| <p>E89. Com seu sono:</p> <p>(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p> | <p><i>EWSONO</i> __</p> |
| <p>E90. Com sua capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia:</p> <p>(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p> | <p><i>EWDESEM</i> __</p> |
| <p>E91. Com sua capacidade para o trabalho:</p> <p>(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p> | <p><i>EWCAPTRA</i> __</p> |
| <p>E92. Consigo mesmo:</p> <p>(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p> | <p><i>EWCONSI</i> __</p> |
| <p>E93. Com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas):</p> <p>(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p> | <p><i>EWRELPE</i> __</p> |
| <p>E94. Com sua vida sexual:</p> <p>(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p> | <p><i>EWSEXU</i> __</p> |
| <p>E95. Com o apoio que recebe de seus amigos:</p> <p>(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p> | <p><i>EWAPOAMI</i> __</p> |
| <p>E96. Com as condições do local onde mora:</p> <p>(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p> | <p><i>EWMORA</i> __</p> |

| | |
|---|--|
| <p>E97. Com o seu acesso a serviços de saúde:</p> <p>(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p> | <p><i>EWACESSO</i> __</p> |
| <p>E98. Com o seu meio de transporte:</p> <p>(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito</p> | <p><i>EWTRANSP</i> __</p> |
| <p>E99. Nestas últimas duas semanas, com que frequência você teve sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</p> <p>(1) Nunca (2) Algumas vezes (3) Frequentemente (4) Muito frequentemente (5) Sempre</p> | <p><i>EWNEGAT</i> __</p> |
| <p>SE VOCÊ CONSULTOU MAIS DE UMA VEZ NESTA UNIDADE BÁSICA: RESPONDA AS QUESTÕES E100 E E101.</p> <p>SE VOCÊ SOMENTE CONSULTOU UMA VEZ NESTA UNIDADE BÁSICA, RESPONDA SOMENTE A QUESTÃO E101.</p> <p>SE VOCE NUNCA CONSULTOU NESTA UNIDADE BÁSICA, VÁ PARA A QUESTÃO E102</p> | |
| <p>E100. Alguma vez na vida em uma consulta nesta unidade básica, algum médico lhe disse que o(a) Sr.(a) deveria fazer exercícios para melhorar a sua saúde?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>SE SIM</p> <p>Há quanto tempo foi essa consulta ____ anos ____ meses</p> | <p><i>EEXER</i> __</p> <p><i>ETPCONV</i> ____</p> |
| <p>E101. E na sua última consulta no Posto de Saúde, o médico lhe disse que o(a) Sr.(a) deveria fazer exercícios para melhorar sua saúde?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>SE SIM</p> <p>Quando foi a sua última consulta ____ anos ____ meses</p> | <p><i>EUEXER</i> __</p> <p><i>EULCON</i> ____</p> |
| <p>AGORA NÓS VAMOS FALAR DE OUTROS HÁBITOS</p> | |
| <p>A23E102. Você fuma ou já fumou?</p> <p>(0) Não, nunca fumou. Pule para a pergunta E106</p> <p>(1) Já fumou, mas parou de fumar há ____ anos e ____ meses.</p> <p>(2) Sim, fuma (mais de 1 cigarro por dia há mais de 1 mês). Pule para pergunta E104</p> | <p><i>EFUMO</i> __</p> <p><i>ETPAFU</i></p> <p>_____</p> |
| <p>E103 Se parou de fumar, qual foi o motivo? _____</p> <p>_____</p> <p>(88) NSA</p> | <p><i>EMOT</i> __ __</p> |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------|---------|---------|---------------------------|---------|---------|---------|---------------------------|---------|---------|---------|---|---------|---------|---------|-----------------------------------|---------|---------|---------|---|
| E104. Há quanto tempo você fuma (ou fumou durante quanto tempo)? ____ anos ____ meses (8888) NSA | <i>ETFUM</i> ____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E105. Quantos cigarros você fuma ou fumava por dia? ____ cigarros (88) NSA | <i>ECIGDIA</i> ____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AGORA VAMOS FALAR SOBRE ACIDENTES QUE ACONTECERAM DURANTE A SUA VIDA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E106. Alguma vez na sua vida, você sofreu algum dos seguintes tipos de acidentes de trabalho? (00) Nunca (Pule para E117) () Sim, ____ vezes (01) Queda (02) Pancada (03) Choque elétrico (04) Contato com substância tóxica (05) Acidente com instrumento perfurocortante contaminado (06) Acidente com instrumento perfurocortante não-contaminado (07) Acidente de transporte no trajeto para o trabalho (08) Outro, qual? _____ | <i>EQTVEZ</i> ____ Com qual idade? ____ <i>EACD1</i> ____ Com qual idade? ____ <i>EIDDAC1</i> ____ Com qual idade? ____ <i>EACD2</i> ____ Com qual idade? ____ <i>EIDDAC2</i> ____ Com qual idade? ____ <i>EACD3</i> ____ Com qual idade? ____ <i>EIDDAC3</i> ____ Com qual idade? ____ Com qual idade? ____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E107. Se você já sofreu acidente com material perfurocortante contaminado: Você sabia se o material biológico envolvido no acidente era proveniente de paciente portador do HIV ou de hepatite B? (0) Não (1) Sim Você realizou as seguintes medidas: <table data-bbox="224 1360 1161 1591"> <tr> <td>Notificou o acidente</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> </tr> <tr> <td>Buscou atendimento médico</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> </tr> <tr> <td>Realizou exames de sangue</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> </tr> <tr> <td>Tomou medicamentos anti-HIV ou anti-HBV</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> </tr> <tr> <td>Realizou exames de acompanhamento</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> </tr> </table> | Notificou o acidente | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | Buscou atendimento médico | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | Realizou exames de sangue | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | Tomou medicamentos anti-HIV ou anti-HBV | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | Realizou exames de acompanhamento | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | <i>EACHIV</i> ____ <i>ENOTIF</i> ____ <i>EBUSAM</i> ____ <i>EEXSAN</i> ____ <i>EMEDHIV</i> ____ <i>EEXACO</i> ____ |
| Notificou o acidente | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Buscou atendimento médico | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realizou exames de sangue | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tomou medicamentos anti-HIV ou anti-HBV | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realizou exames de acompanhamento | (0) Não | (1) Sim | (8) NSA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E108. Se você já sofreu acidente de transporte no trajeto para o trabalho, assinale qual(is) o(s) tipo(s) do(s) acidente(s): Atropelamento (0) Não (1) Sim (8) NSA Acidente de carro (0) Não (1) Sim (8) NSA Acidente de moto (0) Não (1) Sim (8) NSA Acidente no transporte público (0) Não (1) Sim (8) NSA Outro: (0) Não () Sim, qual? _____ | <i>EATROP</i> ____ <i>EACIDCA</i> ____ <i>EACIDMO</i> ____ <i>EACIDTP</i> ____ <i>EACIOUT</i> ____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Agora gostaria que você pensasse somente naquele acidente que determinou maior tempo de afastamento das atividades diárias incluindo trabalho | |
|--|----------------------|
| E109. Que idade você tinha quando este acidente ocorreu? ___ __ anos (88) NSA | <i>EIDAAC</i> __ __ |
| E110. Quanto tempo este acidente o afastou de suas atividades diárias? (1) até 7 dias (2) de 8 a 15 dias (3) de 16 a 30 dias (4) de 30 a 90 dias (5) mais de 90 dias (8) NSA | <i>ECAFST</i> __ |
| E111. Qual foi a causa deste acidente que o você sofreu? (01) Atingido por pancada (02) Queda de um nível mais elevado (03) Queda no chão (04) Acidente de carro (05) Contato com corrente elétrica (06) Arremessado à distância (07) Contato com substâncias tóxicas (08) Acidente no transporte público (09) Acidente com instrumento perfurocortante contaminado (10) Acidente com instrumento perfurocortante não-contaminado. () Outra causa: Qual? _____ (88) NSA | <i>ECAUAC</i> __ __ |
| E112. Qual a região do seu corpo mais atingida neste acidente que você sofreu? (01) Pé (02) Perna (03) Coxa (04) Quadril (05) Coluna (06) Mão (07) Pulso (08) Antebraço (09) Braço (10) Ombro (11) Tronco (<i>costelas</i>) (12) Pescoço (13) Cabeça (<i>face</i>) (88) NSA | <i>EREGCOR</i> __ __ |
| E113. Em decorrência deste acidente qual o tipo de Serviço de Saúde que você procurou? (00) Não procurou nenhum atendimento (01) Posto de Saúde mais perto de sua casa (02) Outro posto de saúde (03) Pronto Socorro (04) Ambulatório do Hospital / Faculdade (05) Ambulatório de Sindicato (06) Ambulatório de Empresa (07) Consultório médico particular (08) Convênio ou plano de saúde () Outro serviço: Qual? _____ | <i>ESVCAC</i> __ __ |

| | |
|---|--|
| E114. Neste local que você procurou atendimento, seu problema foi resolvido? (0) Não Por que? _____ (1) Sim | <i>ERSOLAC</i> __ __ <i>EPQNRE</i> __ __ |
| E115. Você baixou no hospital devido este acidente? (0) Não (1) Sim SE SIM, por quanto tempo: _____ (dias) (88) NSA | <i>EBXHOSP</i> __ __ <i>EBXDIA</i> __ __ |
| E116. Você ficou com alguma dificuldade de movimento, problema físico (limitação/ dificuldade/seqüela/incapacidade) decorrente deste acidente? (0) Não (1) Sim, temporária: Qual limitação: _____ (2) Sim, permanente: Qual limitação: _____ | <i>EDIFMOA</i> __ __ <i>ELITEMA</i> __ __ <i>ELIPERA</i> __ __ |
| AGORA VAMOS FALAR SOBRE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA QUE ACONTECERAM DURANTE A SUA VIDA | |
| E117. Alguma vez na sua vida, você enfrentou alguma situação de violência que lhe impossibilitou de realizar suas atividades de vida diária? (00) Não (Encerre o questionário. OBRIGADO! () Sim, quantas vezes? __ __ Violência 1: _____ Com que idade? _____ Violência 2: _____ Com que idade? _____ Violência 3: _____ Com que idade? _____ | <i>EVIVEZ</i> __ __ <i>EVIO1</i> __ __ <i>EIDDVIO1</i> __ __ <i>EVIO2</i> __ __ <i>EIDDVIO2</i> __ __ <i>EVIO3</i> __ __ <i>EIDDVIO3</i> __ __ |
| Agora gostaria que você pensasse somente na situação violenta que determinou maior tempo de afastamento das atividades diárias incluindo trabalho | |
| E118. Que idade você tinha quando esta violência ocorreu? __ __ anos (88) NSA | <i>EIDAVIO</i> __ __ |
| E119. Quanto tempo este ato violento o afastou de suas atividades diárias? (1) Até 7 dias (2) De 8 a 15 dias (3) De 16 a 30 dias (4) De 30 a 90 dias (5) Mais de 90 dias (8) NSA | <i>ETPVIOL</i> __ __ |
| E120. Onde ocorreu esta violência? (1) Em casa (2) No trabalho (3) No lazer (4) No trânsito (5) Na escola (6) Na rua () Outro local. Qual? _____ (8) NSA | <i>EONDVIO</i> __ __ |

| | |
|---|---|
| <p>E121. Qual foi a causa desta violência que você sofreu?</p> <p>(01) Bebida Alcoólica (02) Esporte (03) Discussão em casa (04) Discussão com vizinhos (05) Assalto (06) Discussão no trabalho (07) Discussão no Trânsito () Outra causa: Qual? _____</p> | <p><i>ECAUVIO</i>__ __</p> |
| <p>E122. Em decorrência desta violência, qual o tipo de Serviço de Saúde que você procurou?</p> <p>(00) Não procurou nenhum (01) Posto de Saúde mais perto de sua casa (00) Outro posto de saúde (01) Pronto Socorro (02) Ambulatório do Hospital/ Faculdade (03) Ambulatório de Sindicato (04) Ambulatório de Empresa (05) Consultório médico particular (06) Convênio ou plano de saúde () Outro serviço: Qual: _____ (88) NSA</p> | <p><i>ESVSVIO</i>__ __</p> |
| <p>E123. Neste local que você procurou atendimento para a violência sofrida, seu problema foi resolvido?</p> <p>(0) Não, por que? _____ (1) Sim</p> | <p><i>ELOCRES</i>__ <i>EPQNRES</i>__ __</p> |
| <p>E124. Você baixou no hospital devido a este ato violento?</p> <p>(0) Não (1) Sim SE SIM, por quanto tempo? _____ (dias) (8) NSA</p> | <p><i>EBXVIOL</i>__ <i>EBXVDIA</i>__ __</p> |
| <p>E125. Você ficou com alguma dificuldade de movimento, problema físico (limitação/dificuldade/seqüela/incapacidade) decorrente deste ato de violência?</p> <p>(0) Não (1) Sim, temporária. Qual limitação: _____ (2) Sim, permanente. Qual limitação: _____</p> | <p><i>EDIFMOV</i>__ <i>ELITEMV</i>__ __ <i>ELIPERV</i>__ __</p> |

REALIZAR CONSULTAS MÉDICAS
REGULARMENTE



MANTER SEU PESO IDEAL

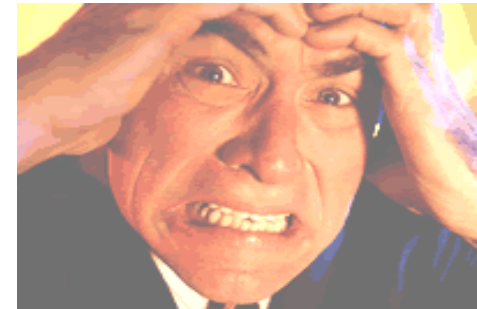


NÃO TOMAR BEBIDAS ALCOÓLICAS EM
EXCESSO



NÃO FUMAR

CONTROLAR OU
EVITAR O ESTRESSE



FAZER EXERCÍCIOS FÍSICOS REGULARMENTE



MANTER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL
EVITANDO COMER MUITA GORDURA ANIMAL

