

ANEXO 10

Questionário de revisitas

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**

QUESTIONÁRIO DOMICILIAR

Número do setor: __ __

Número da família: __ __

Número da pessoa: __ __

Data da Entrevista: __/__/____

Entrevistador: _____

QNUM_____

QSETOR__ __

QFAMILIA__

QNUMPES__

QDE__/__/____

QENTREV __

AGORA GOSTARIA DE FAZER UMA PERGUNTA SOBRE O USO DE INSETICIDAS EM SUA CASA

1. No último ano, isto é, desde <mês atual> do ano passado até agora, foi usado em sua casa algum produto para combater ou espantar mosca, mosquito ou barata?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

QUSOINS__

2. O(a) Sr(a) tinha em sua casa algum produto para combater ou espantar mosca, mosquito ou barata no dia em que a entrevistadora esteve aqui?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

QINSCAS__

3. O(a) Sr(a) mostrou estes produtos para a entrevistadora?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

QMOSTRO__

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL
ADULTOS DE 20 ANOS OU MAIS

Número do setor: ____

Número da família: ____

Número da pessoa: ____

Data da Entrevista: __/__/____

Entrevistador: _____

QNUM_____

QSETOR____

QFAMILIA__

QNUMPES__

QDE__/_/_/____

QENTREV ____

1. Qual é o seu nome?

*A PERGUNTA 2 DEVE SER APLICADA PARA PESSOAS
COM 30 ANOS OU MAIS*

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE

2. (SE TEM DIFICULDADE PARA PERTO) Há quanto tempo (anos) o(a)

Sr. (a) tem dificuldade de enxergar para perto? ____ anos ____
(88) NSA (99) IGN

QTEMVISA ____

QTEMVISM ____

*A PERGUNTA DE 3 DEVE SER FEITA SOMENTE ÀS PESSOAS
COM 50 ANOS OU MAIS*

3. Qual a cor dos seus olhos?

(1) Preto ou castanho (2) Verde (3) Azul (8) NSA (9) IGN

QOLHOCOR ____

AGORA VOU LHE FAZER UMA PERGUNTA SOBRE O SEU SONO

4. No último mês o(a) Sr.(a) teve dificuldade para dormir?

(0) Não (PULE PARA A PERGUNTA 40) (1) Sim (9) IGN

QDIFIDOR ____

**AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA
DIGESTÃO DURANTE O ÚLTIMO ANO, OU SEJA,**

DESDE <MÊS ATUAL> DO ANO PASSADO

5. No último ano o(a) Sr.(a) teve dor ou sensação de desconforto ou mal estar na barriga?

(0) Não (PULE PARA A PERGUNTA 58) (1) Sim (9) IGN

QDOBA ____

6. (SE SIM) Quantas vezes? ____ (77) Mais de 30 vezes
(88) NSA (99) IGN

QDOBAVEZ ____

AGORA VOU LHE FAZER UMA PERGUNTA SOBRE SITUAÇÕES QUE POSSAM TER LHE ACONTECIDO DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO

7. No último ano morreu alguém de sua família ou outra pessoa muito importante para o(a) Sr.(a)?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

QMORTE ____

AGORA VOU LHE FAZER UMA PERGUNTA SOBRE O SEU CORPO

8. Como o(a) Sr.(a) se sente em relação ao seu peso atual?

(LER AS ALTERNATIVAS)

(1) muito magro(a)

(2) magro(a)

(3) normal

(4) um pouco gordo(a)

(5) gordo(a)

(6) muito gordo(a)

(9) Ignorado

ASENTEPE ____

9. O(a) Sr.(a) realizou algum exercício físico nos últimos 3 meses?

(0) Não (PULE PARA A PERGUNTA 91) (1) Sim (9) IGN

QEXEANO ____

AGORA EU FAREI UMA PERGUNTA SOBRE O USO DE REMÉDIOS

10. No último mês, isto é, desde o dia <HOJE> de <MÊS PASSADO> o(a) Sr.(a) usou antibiótico ou algum remédio para tratar uma infecção? Se sim, fez quantos tratamentos? ____ tratamentos

(1) Não usou (SE FOR MULHER MENOR DE 49 ANOS PULE PARA A PERGUNTA 11)

(9) IGN

QMUSO ____

11. Em sua avaliação, qual a chance da senhora pegar AIDS ou qualquer outra doença que possa ser pega pelo sexo? (LER ATÉ A ALTERNATIVA 5)

(1) Muito possível

(2) Possível

(3) Pouco possível

(4) Quase impossível

(5) Impossível

(8) NSA

(9) IGN

QCHANCE ____

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

QUESTIONÁRIO CRIANÇAS DE 0 A 12 ANOS

Número do setor: _ _ _

Número da família: _ _

Número da pessoa: _ _

Data da Entrevista: _ / _ / _ _ _ _

Entrevistador: _____

1. Nome da criança?

QNUM _ _ _ _ _

QSETOR _ _ _

QFAMILIA _ _

QNUMPES _ _

QDE _ / _ / _ _ _ _

QENTREV _ _

AGORA EU FAREI UMA PERGUNTA SOBRE O USO DE REMÉDIOS:

7. No último mês, isto é, desde o dia <HOJE> de <MÊS PASSADO>
< NOME DA CRIANÇA > usou antibiótico ou algum remédio para tratar
uma infecção? Se sim, fez quantos tratamentos?

__ tratamentos

(0) Não (ENCERRE O QUESTIONÁRIO)

(9) IGN

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL
ADOLESCENTES

Número do setor: ____

Número da família: ____

Número da pessoa: ____

Data da Entrevista: __/__/____

Entrevistador: _____

QNUM_____

QSETOR____

QFAMILIA__

QNUMPES__

QDE__/_/_/____

QENTREV __

AGORA NÓS VAMOS CONVERSAR SOBRE ALGUNS DOS SEUS HÁBITOS

1. Você está praticando algum esporte fora do horário da sua aula? [Qual?]

(Se o adolescente não estuda pergunte sobre esporte)

(0) não (PULE PARA A PERGUNTA 13) (1) sim Esporte_____

QESPORT __

2. Você fuma cigarros?

(0) não

(1) Sim → Quantos dias você fumou no último mês? ____ dias

(88) NSA (99) IGN

→ Quantos dias você fumou na última semana? ____ dias

(8) NSA (9) IGN

QFUMA __

QDIASMES ____

QDIASSEM __

SE TIVER 13 OU MAIS ANOS CONTINUAR O QUESTIONÁRIO,
SE FOR MENOR DE 13 ANOS, ENCERRAR O QUESTIONÁRIO

AGORA EU VOU FAZER UMA PERGUNTA SOBRE REMÉDIOS

3. No último mês, isto é, desde o dia <HOJE> de <MÊS PASSADO> você usou antibiótico ou algum remédio para tratar uma infecção? (SE SIM) Fez quantos tratamentos?

____ tratamentos (8) NSA (9) IGN

(0) não usou (SE FOR MULHER COM 15 OU MAIS ANOS PULE PARA A PERGUNTA 5, CASO CONTRÁRIO ENCERRE A ENTREVISTA)

QMUSO __

*SE O ENTREVISTADO FOR MULHER, DE 15 A 19 ANOS FAÇA AS
PERGUNTAS A SEGUIR, SE NÃO FOR ENCERRE O QUESTIONÁRIO*

4. Na sua avaliação, qual a chance de você pegar AIDS ou qualquer outra
doença que possa ser pega pelo sexo? (LER AS ALTERNATIVAS ATÉ A 5)

QCHANCE ____

(1) Muito possível

(2) Possível

(3) Pouco possível

(4) Quase impossível

(5) Impossível

(8)NSA (9) IGN