

QUESTIONÁRIO SOBRE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

(ENTREVISTADOR)

PROJETO CORAÇÕES DO BRASIL

MAIO/2004

ID

Apresentação: Bom dia, boa tarde, boa noite, meu nome é _____ e trabalho para a Vox Populi uma empresa que pesquisa a opinião pública sobre uma série de assuntos. Neste momento estamos desenvolvendo uma pesquisa para o projeto **Corações do Brasil** em parceria com a **SBC** (Sociedade Brasileira de Cardiologia) para saber como está a saúde do coração dos brasileiros. Precisamos conhecer os fatores de riscos que fazem com que uma pessoa tenha mais ou menos chance de apresentar uma doença do coração e com isto reduzir a incidência destas doenças que é uma das maiores causas de óbitos no país. Estamos convidando você ou alguém deste domicílio, desde que esteja dentro do perfil que precisamos, para participar desta pesquisa que consiste em:

- Responder a um pequeno questionário sobre alguns dos seus hábitos e doenças existentes na família.
- Comparecer a um exame médico que estamos oferecendo a ser agendado dia, hora e local na sua cidade por médicos credenciados pelo projeto e totalmente de graça.

VOCE PODERIA PARTICIPAR DO NOSSO ESTUDO?

- SE SIM
(Leia junto com o(a) entrevistado(a) o termo de consentimento)
- SE FICAR EM DÚVIDA OU EXIGIR MAIS EXPLICAÇÕES
(Leia junto com o(a) entrevistado(a) o termo de consentimento)
- SE NÃO, diga-lhe que você irá esclarecê-lo(a) melhor sobre o projeto (Pode ser que mude de idéia)
(Leia junto com o(a) entrevistado(a) o termo de consentimento)
- SE DEFINITIVAMENTE NÃO, tente falar com outra pessoa do domicílio e apresente-se novamente, se não houver outra pessoa no domicílio ou se não conseguir acesso a ela, **registre a ocorrência na planilha de arrolamento (especifique o motivo se for recusa).**

ATENÇÃO ENTREVISTADOR:

APÓS A LEITURA DO TERMO DE CONSENTIMENTO PELO ENTREVISTADO(A) E A CONFIRMAÇÃO DE SUA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO, ENTREGUE O CARTÃO DA CONSULTA E LEIA JUNTO COM ELE(A), LOGO EM SEGUIDA APLIQUE O QUESTIONÁRIO.

REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA:

DATA: _____

HORÁRIO INÍCIO: _____ **HORÁRIO TÉRMINO:** _____

1 – CÓDIGO DO ENTREVISTADOR:

V1

1A - ANOTAR O MUNICÍPIO DE ACORDO COM A FOLHA DE COTA

V2

1B - ESTADO (CODIFICAR)

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 01 - Acre | 15 – Paraná |
| 02 - Alagoas | 16 – Pará |
| 03 - Amapá | 17 – Pernambuco |
| 04 - Amazonas | 18 - Piauí |
| 05 - Bahia | 19 - Rio de Janeiro |
| 06 - Ceará | 20 - Rio Grande do Norte |
| 07 - Distrito Federal | 21 - Rio Grande do Sul |
| 08 - Espírito Santo | 22 - Rondônia |
| 09 - Goiás | 23 - Roraima |
| 10 - Maranhão | 24 - Santa Catarina |
| 11 - Mato Grosso | 25 - Sergipe |
| 12 - Mato Grosso do Sul | 26 - São Paulo |
| 13 - Minas Gerais | 27 - Tocantins |
| 14 - Paraíba | |

V3

IDENTIFICAÇÃO:

1C - SEXO (ANOTAR SEM PERGUNTAR)

- 1 - Masculino
2 – Feminino

V4

2 – EM QUAL MÊS E ANO VOCE NASCEU? _____ / _____

V5

3 - ATÉ QUE ANO VOCÊ CURSOU NA ESCOLA ?

(ATENÇÃO: NÃO CODIFICAR A SÉRIE NO CAMPO E SIM CÓDIGOS DE 1 A 11)

- 01 - Analfabeto
02 - Sabe ler e escrever
03 - Primário incompleto
04 - Primário completo
05 - Primeiro grau incompleto
06 - Primeiro grau completo
07 - Segundo grau incompleto
08 - Segundo grau completo
09 - Técnico
10 - Superior incompleto
11 - Superior completo

V6

6C - ESPECIFIQUE A SUA FUNÇÃO ATUAL:

V14

VÁ PARA 7

6D - ESPECIFIQUE QUAL FOI A SUA ÚLTIMA FUNÇÃO:

V15

FATORES COMPORTAMENTAIS:

7 – ATIVIDADE FÍSICA

- NAS SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS: **(LER AS OPÇÕES)**

01 – Você tem que estar sentado para exercer suas atividades? Você não caminha enquanto trabalha? (Ex.: relojoeiro, radialista, costureira, trabalhador do escritório etc.?)

02 – Você caminha bastante enquanto exerce suas atividades, mas não tem que levar nem carregar coisas pesadas? (Ex.: empregado do comércio, trabalho em indústria ou em escritório, professor etc.)

03 – Você caminha e move muitas coisas ou sobe e desce escadas ou ladeira? (Ex.: carpinteiro, trabalhador de agricultura, mecânica ou indústria pesada)

04 – Sua atividade requer grande esforço físico, como por exemplo mover ou levantar coisas pesadas ou cortar objetos pesados? (Ex.: construção civil, trabalho agrícola pesado ou indústria) outros: _____

V16

8 – VOCÊ PRÁTICA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA? (caminhada, academia, esportes...)

(SE SIM) QUANTOS DIAS DA SEMANA VOCÊ PRÁTICA ESSA ATIVIDADE?

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1 – Não pratica nenhuma atividade física | 6 – 5 dias |
| 2 – 1 dia | 7 – 6 dias |
| 3 – 2 dias | 8 – Todos os dias da semana |
| 4 – 3 dias | 9 – NR |
| 5 – 4 dias | |

V17

9 – QUANTO TEMPO EM MÉDIA, DURAM ESTAS ATIVIDADES FÍSICAS A CADA VEZ QUE VOCE PRÁTICA?

(Anotar minutos)

V18

TABAGISMO

10 - VOCÊ JÁ FUMOU CIGARROS?

1 – Sim, no passado, mas não atualmente => **APLICAR A PRÓXIMA**

V19

2 – Sim, e ainda fumo => **VÁ PARA 12**3 – Não—\ **VÁ PARA**4 – NR —/ **14**

11 – QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA QUANDO PAROU DE FUMAR?

(Anotar anos)

V20

12 – EM MÉDIA, QUANTOS CIGARROS VOCÊ FUMA / FUMAVA POR DIA?

V21

13 – QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA QUANDO COMEÇOU A FUMAR REGULARMENTE?

(Anotar anos)

V22

14 – VOCÊ FICA EM AMBIENTE FECHADO COM PESSOAS QUE FUMAM CIGARROS OU SIMILARES?
(SE SIM) EM MÉDIA, QUANTAS HORAS VOCÊ PASSA NESTES AMBIENTES, POR DIA?

Anotar horas: _____

77 – Não fica em ambiente fechado com pessoas que fumam

99 – NR

V23

CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA

15 – DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES COM QUE FREQUÊNCIA MÉDIA VOCÊ TEM INGERIDO BEBIDA ALCOÓLICA?

1 – Bebe diariamente

2 – Bebe 1 a 3 vezes por semana

3 – Bebe de 4 a 6 vezes por semana

4 – Bebe de 1 a 3 vezes por mês

5 – Menos de 1 vez por mês

6 – Se embriaga ao menos 1 vez por mês

7 – Nenhuma => **VÁ PARA 17**

8 – NR

V24

16 – QUANTOS COPOS, TAÇAS, GARRAFAS OU LATAS DAS SEGUINTE BEBIDAS VOCE CONSUMIU NOS ÚLTIMOS SETE DIAS: **(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: SE BEBE DIARIAMENTE, CALCULE O CONSUMO) – ANOTAR QUANTIDADE DIRETO NO CAMPO.**

CERVEJA: GARRAFAS (600ml) V25 GARRAFAS (long neck) ou LATAS V26

VINHO: GARRAFAS (700ml) V27 COPOS V28 TAÇAS V29

DOSES UÍSQUE V30
 (equivale a 1/3 do CACHAÇA V31
 copo americano): VODKA V32

LICORES V33
 OUTRAS V34

DOENÇAS EXISTENTES:

17 - A) ALGUMA VEZ UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE JÁ LHE DISSE QUE VOCÊ TEM/TEVE: **(alternar a ordem de leitura)**

1 – Sim => **APLIQUE “B”**

2 – Não

B) QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA QUANDO FOI FEITO ESTE DIAGNÓSTICO?

88 – NS

(A)		(B)	
PRESSÃO ALTA	<input type="checkbox"/> V35	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V36
DIABETES	<input type="checkbox"/> V37	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V38
COLESTEROL ALTO	<input type="checkbox"/> V39	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V40
ANGINA	<input type="checkbox"/> V41	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V42
INFARTO DO CORAÇÃO	<input type="checkbox"/> V43	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V44
DERRAME	<input type="checkbox"/> V45	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V46
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> V47	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V48
CÁLCULO RENAL	<input type="checkbox"/> V49	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V50
DOENÇA NO RIM?	<input type="checkbox"/> V51	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V52
DIALISE	<input type="checkbox"/> V53	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V54
DEPRESSÃO	<input type="checkbox"/> V55	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V56
VARIZES	<input type="checkbox"/> V57	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V58
DOENÇA DO PULMÃO	<input type="checkbox"/> V59	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V60
VOCE JÁ FEZ UMA ANGIOPLASTIA OU CIRURGIA CARDÍACA?	<input type="checkbox"/> V61	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V62
CÂNCER (especificar o tipo) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V63	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V64

USO DE MEDICAÇÕES:

18 - A) VOCÊ ESTÁ ATUALMENTE TOMANDO REMÉDIO OU FAZENDO ALGUM TRATAMENTO PARA ALGUMA DESTAS DOENÇAS?

1 – Citou => **APLIQUE “B”**

2 – Não citou

B) QUAIS REMÉDIOS?

90 – NR

(A)		(B)	
PRESSÃO ALTA	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V66
	V65	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V67
DIABETES	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V69
	V68	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V70
COLESTEROL	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V72
	V71	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V73
ANGINA	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V75
	V74	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V76
INFARTO DO CORAÇÃO	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V78
	V77	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V79
DERRAME	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V81
	V80	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V82
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V84
	V83	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V85
CÁLCULO RENAL	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V87
	V86	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V88
DOENÇA DO RIM	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V90
	V89	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V91
DEPRESSÃO	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V93
	V92	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V94
PARA DOR	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V96
	V95	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V97
CÂNCER (especificar o tipo)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V99
_____	V98	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V100
OUTROS REMEDIOS:	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V102
_____	V101	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V103

VI. HISTORIA FAMILIAR (MAE):

19 – A) SUA MAE NATURAL (BIOLOGICA) AINDA É VIVA?

1 - Sim

2 - Não

B) QUANTOS ANOS ELA TEM/TINHA?

(A)	(B)	
<input type="checkbox"/> V104	Se sim, quantos anos ela tem?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V105 >>> Vá para 21
	Se não, qtos anos ela tinha ao falecer?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V106 >>> Vá p/ a próxima

20 - QUAL FOI A CAUSA DE ÓBITO DE SUA MÃE NATURAL (BIOLÓGICA)?

01 - Ataque cardíaco

02 - Derrame

03 - Causa desconhecida

- Câncer(especificar): _____

- Outras (especificar): _____

V107

21- A) SUA MAE TINHA OU AINDA TEM ALGUMA DAS SEGUINTE DOENÇAS:
(alternar a ordem de leitura)

1 - Sim => **APLIQUE B**

2 - Não

3 - NS

B) COM QUANTOS ANOS ELA FICOU SABENDO?

00 - NS

(A)	(B)
DIABETES <input type="checkbox"/> V108	_____ ANOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V109
PRESSAO ALTA OU HIPERTENSAO <input type="checkbox"/> V110	_____ ANOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V111
DERRAME <input type="checkbox"/> V112	_____ ANOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V113
ATAQUE CARDIACO/INFARTE <input type="checkbox"/> V114	_____ ANOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V115
DOENÇA NO RIM <input type="checkbox"/> V116	_____ ANOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V117
PEDRA NO RIM <input type="checkbox"/> V118	_____ ANOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V119
ELA JÁ FEZ ANGIOPLASTIA OU CIRURGIA CARDIACA? <input type="checkbox"/> V120	_____ ANOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V121
CANCER (especificar tipo) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V122	_____ ANOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V123

VII. HISTORIA FAMILIAR (PAI):

22 – A) SEU PAI NATURAL (BIOLOGICO) AINDA É VIVO?

1 - Sim

2 - Não

B) QUANTOS ANOS ELE TEM/TINHA?

(A)	(B)	
<input type="checkbox"/> V124	Se sim, quantos anos ele tem?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V125 >>> Vá para 24
	Se não, qtos anos ele tinha ao falecer?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V126 >>> Vá p/ a próxima

23 - QUAL FOI A CAUSA DE ÓBITO DE SEU PAI NATURAL (BIOLÓGICO)?

01 - Ataque cardíaco

02 - Derrame

03 - Causa desconhecida

- Câncer(especificar): _____

- Outras (especificar): _____

V127

24 - A) SEU PAI TINHA OU AINDA TEM ALGUMA DAS SEGUINTE DOENÇAS:

1 - Sim => **APLIQUE B**

2 - Não

3 - NS

B) COM QUANTOS ANOS ELE FICOU SABENDO?

00 - NS

(A)	(B)
DIABETES <input type="checkbox"/> V128	_____ ANOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V129
PRESSAO ALTA OU HIPERTENSAO <input type="checkbox"/> V130	_____ ANOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V131
DERRAME <input type="checkbox"/> V132	_____ ANOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V133
ATAQUE CARDIACO/INFARTE <input type="checkbox"/> V134	_____ ANOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V134
DOENÇA NO RIM <input type="checkbox"/> V136	_____ ANOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V135
PEDRA NO RIM <input type="checkbox"/> V138	_____ ANOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V136
ELE JÁ FEZ ANGIOLOGIA OU CIRURGIA CARDIACA? <input type="checkbox"/> V140	_____ ANOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V141
CANCER (especificar tipo) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V142	_____ ANOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V143

HISTÓRICO DO GRUPO FAMILIAR (PAIS, IRMÃOS E FILHOS)25 - A) QUANTOS IRMÃOS (VIVOS OU FALECIDOS) VOCE TEM/TEVE?

V144

B) QUANTOS FILHOS (VIVOS OU FALECIDOS) VOCE TEM/TEVE?
_____V145

26 - A) ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA ENTRE **PAIS, IRMÃOS E FILHOS** TEM/TEVE ALGUMA DAS SEGUINTE DOENÇAS?

1 - Sim

2 - Não

3 - NS

B) QUANTOS? (anotar a quantidade no campo)

(A)		(B)	
DIABETES	<input type="checkbox"/> V146	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V147
PRESSAO ALTA OU HIPERTENSAO	<input type="checkbox"/> V148	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V149
DERRAME	<input type="checkbox"/> V150	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V151
ATAQUE CARDIACO/INFARTE	<input type="checkbox"/> V152	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V153
DOENÇA NO RIM	<input type="checkbox"/> V154	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V155
PEDRA NO RIM	<input type="checkbox"/> V156	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V157
ELA JÁ FEZ ANGIOPLASTIA OU CIRURGIA CARDIACA?	<input type="checkbox"/> V158	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V159
CANCER (especificar tipo)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V160	_____ ANOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> V161

ESCALA DE HAD

ATENÇÃO ENTREVISTADOR: AS PRÓXIMAS QUESTÕES DEVERÃO SER PREENCHIDAS PELO PRÓPRIO ENTREVISTADO(A), SE NÃO FOR POSSÍVEL, LEIA AS QUESTÕES E AS OPÇÕES DE RESPOSTAS PARA QUE ELE(A) POSSA ESCOLHER APENAS UMA DE CADA QUESTÃO, SE POSSÍVEL, FAÇA ISSO DE FORMA RESERVADA.

27 - POR FAVOR, LEIA AS FRASES A SEGUIR E MARQUE COM UM "X" A OPÇÃO QUE MELHOR CORRESPONDER COMO VOCÊ TEM SE SENTINDO NA **ÚLTIMA SEMANA** (ÚLTIMOS 7 DIAS).

- NÃO É PRECISO FICAR PENSANDO MUITO EM CADA QUESTÃO.
- VALE MAIS A SUA RESPOSTA ESPONTÂNEA.
- SE MARCAR ALGUMA OPÇÃO ERRADA PEÇA AJUDA AO ENTREVISTADOR.
- É IMPORTANTE QUE TODAS AS QUESTÕES SEJAM RESPONDIDAS.

- A) **EU ME SINTO TENSO OU CONTRAÍDO** V162
 3 () A MAIOR PARTE DO TEMPO
 2 () BOA PARTE DO TEMPO
 1 () DE VEZ EM QUANDO
 0 () NUNCA
- B) **EU AINDA SINTO GOSTO (SATISFAÇÃO) PELAS MESMAS COISAS DE QUE COSTUMAVA GOSTAR** V163
 0 () SIM DO MESMO JEITO QUE ANTES
 1 () NÃO TANTO QUANTO ANTES
 2 () SÓ UM POUCO
 3 () JÁ NÃO SINTO MAIS PRAZER EM NADA
- C) **EU SINTO UMA ESPÉCIE DE MEDO, COMO SE ALGUMA COISA FOSSE ACONTECER** V164
 3 () SIM, DE UM JEITO MUITO FORTE
 2 () SIM, MAS NÃO TÃO FORTE
 1 () UM POUCO, MAS ISSO NÃO ME PREOCUPA
 0 () NÃO SINTO NADA DISSO
- D) **DOU RISADA E ME DIVIRTO QUANDO VEJO COISAS ENGRAÇADAS** V165
 0 () DO MESMO JEITO QUE ANTES
 1 () ATUALMENTE UM POUCO MENOS
 2 () ATUALMENTE BEM MENOS
 3 () NÃO CONSIGO MAIS
- E) **ESTOU COM A CABEÇA CHEIA DE PREOCUPAÇÕES** V166
 3 () A MAIOR PARTE DO TEMPO
 2 () BOA PARTE DO TEMPO
 1 () DE VEZ EM QUANDO
 0 () RARAMENTE
- F) **EU ME SINTO ALEGRE** V167
 3 () NUNCA
 2 () POUCAS VEZES
 1 () MUITAS VEZES
 0 () A MAIOR PARTE DO TEMPO

G) **CONSIGO FICAR SENTADO À VONTADE E ME SENTIR RELAXADO**

- 0 () SIM, QUASE SEMPRE
1 () MUITAS VEZES
2 () POUCAS VEZES
0 () NUNCA

V168

H) **ESTOU LENTO (LERDO) PARA PENSAR E FAZER AS COISAS**

- 3 () QUASE SEMPRE
2 () MUITAS VEZES
1 () DE VEZ EM QUANDO
0 () NUNCA

V169

I) **TENHO UMA SENSAÇÃO RUIM DE MEDO (como um frio na espinha, ou um aperto no estômago...)**

- 0 () NUNCA
1 () DE VEZ EM QUANDO
2 () MUITAS VEZES
3 () QUASE SEMPRE

V170

J) **EU PERDI O INTERESSE EM CUIDAR DA MINHA APARÊNCIA**

- 3 () COMPLETAMENTE
2 () NÃO ESTOU MAIS ME CUIDANDO COMO EU DEVERIA
1 () TALVEZ NÃO TANTO QUANTO ANTES
0 () ME CUIDO DO MESMO JEITO QUE ANTES

V171

K) **EU ME SINTO INQUIETO, COMO SE EU NÃO PUDESSE FICAR PARADO EM LUGAR NENHUM**

- 3 () SIM, DEMAIS
2 () BASTANTE
1 () UM POUCO
0 () NÃO ME SINTO ASSIM

V172

L) **FICO ESPERANDO ANIMADO AS COISAS BOAS QUE ESTÃO POR VIR**

- 0 () DO MESMO JEITO QUE ANTES
1 () UM POUCO MENOS DO QUE ANTES
2 () BEM MENOS DO QUE ANTES
3 () QUASE NUNCA

V173

M) **DE REPENTE, TENHO A SENSAÇÃO DE ENTRAR EM PÂNICO**

- 3 () A QUASE TODO MOMENTO
2 () VÁRIAS VEZES
1 () DE VEZ EM QUANDO
0 () NÃO SINTO ISSO

V174

N) **CONSIGO SENTIR PRAZER AO ASSISTIR A UM BOM PROGRAMA DE TV, DE RÁDIO OU QUANDO LEIO ALGUMA COISA**

- 0 () QUASE SEMPRE
1 () VÁRIAS VEZES
2 () POUCAS VEZES
3 () QUASE NUNCA

V175

ENTREVISTADOR:

CASO O PRÓPRIO ENTREVISTADO MARCOU AS RESPOSTAS, CONFIRA AS MARCAÇÕES.

MUITO OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO AGUARDE O CONTATO TELEFÔNICO DOS COORDENADORES PARA MARCAR ASUA CONSULTA

ENTREVISTADOR: PREENCHER OS DADOS COM LETRA DE FORMA BEM LEGÍVEL.

NOME : _____

ENDEREÇO : _____

BAIRRO : _____

ENTREVISTADOR: _____

REVISÃO : _____ CHECAGEM: _____

CONTATOS (anotar o DDD)

TELEFONE RESIDENCIAL : _____

TELEFONE PARA RECADO : _____

CELULAR : _____ OPERADORA : _____

TELEFONE COMERCIAL : _____

E-MAIL : _____

ANEXO 1

RENDA FAMILIAR

1 – ATÉ R\$ 240,00 (ATÉ 1 SM)

2 – DE R\$ 241,00 A R\$ 1.200,00 (DE 1 A 5 SM)

3 – DE R\$ 1.201,00 A R\$ 2.400,00 (DE 5 A 10 SM)

4 – DE R\$ 2.401,00 A R\$ 4.800,00 (DE 10 A 20 SM)

5 – MAIS DE R\$ 4.800,00 (MAIS DE 20 SM)