

**QUESTIONÁRIO PLATINO
ESPIROMETRIA**

PERGUNTAS DE EXCLUSÃO PARA A ESPIROMETRIA

1. O(A) SR(A) TEVE ALGUMA CIRURGIA NO SEU PULMÃO (TÓRAX) OU NO ABDÔMEN, **NOS ÚLTIMOS 3 MESES ?**

1 sim 2 não

2. O(A) SR(A) TEVE UM ATAQUE DE CORAÇÃO (OU INFARTO), **NOS ÚLTIMOS 3 MESES ?**

1 sim 2 não

3. O(A) SR(A) TEM DESCOLAMENTO DE RETINA OU FEZ ALGUMA CIRURGIA DE OLHOS, **NOS ÚLTIMOS 3 MESES ?**

1 sim 2 não

4. O(A) SR(A) ESTEVE INTERNADO POR QUALQUER OUTRO PROBLEMA DE CORAÇÃO, **NOS ÚLTIMOS 3 MESES ?**

1 sim 2 não

5. O(A) SR(A) ESTÁ USANDO REMÉDIOS PARA TUBERCULOSE, **NO MOMENTO ?**

1 sim 2 não

6. A SRA ESTÁ GRÁVIDA, **NO MOMENTO ?**

1 sim 2 não

AGORA EU GOSTARIA DE CONTAR O SEU PULSO:

7. PULSO:
_____ bpm

Se o entrevistado tiver respondido SIM para qualquer das Questões acima ou seu pulso estiver igual ou maior do que 160 bpm ou igual ou menor do que 60 bpm, NÃO FAÇA a espirometria e marque a resposta "Não aplicável" abaixo.

(8) NÃO APLICÁVEL

PERGUNTAS PARA TODOS OS ENTREVISTADOS QUE NÃO PREENCHERAM OS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E QUE, PORTANTO, DEVEM FAZER ESPIROMETRIA

1. O(A) SR(A) TEVE UMA INFECÇÃO RESPIRATÓRIA (RESFRIADO), **NAS ÚLTIMAS 3 SEMANAS ?**

1 sim 2 não

2. O(A) SR(A) USOU QUALQUER REMÉDIO PARA RESPIRAÇÃO (PARA PULMÕES) TAIS COMO BOMBINHAS OU NEBULIZAÇÃO, **NAS ÚLTIMAS 3 HORAS ?**

1 sim

2 não

3. O(A) SR(A) FUMOU QUALQUER TIPO DE CIGARRO (OU CACHIMBO OU CHARUTO), NAS ÚLTIMAS DUAS HORAS?

1 sim Quantos? ___ ___

2 não

4. O(A) SR(A) FEZ ALGUM EXERCÍCIO FÍSICO (COMO GINÁSTICA, CAMINHADA OU ESTEIRA), NA ÚLTIMA HORA?

1 sim

2 não

5. RESULTADO DO TESTE:

1 teste completo

Teste não completo (marque uma das opções abaixo):

2 o(a) entrevistado(a) não entendeu as instruções

3 o(a) entrevistado(a) foi excluído por razões médicas (inelegível)

4 o(a) entrevistado(a) não foi capaz de realizar o teste (outras razões*)

5 o(a) entrevistado(a) recusou

**QUESTIONÁRIO PLATINO
ANTROPOMETRIA**

1. ALTURA DO ENTREVISTADO (1):

_____, ____ altura 1

2. ALTURA DO ENTREVISTADO (2):

_____, ____ altura 2

3. PESO DO ENTREVISTADO (1):

_____, ____ peso 1

4. PESO DO ENTREVISTADO (2):

_____, ____ peso 2

5. CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA (1):

_____, ____ cc 1

6. CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA (2):

_____, ____ cc 2

ENTREVISTADORES: _____

DATA DA ENTREVISTA: ____ / ____ / ____
 d d m m a a a a

6. * POR FAVOR ANOTE QUALQUER COISA SOBRE A ESPIROMETRIA REFERENTE À HABILIDADE DO(A) ENTREVISTADO(A) DE REALIZAR ADEQUADAMENTE OU NÃO O TESTE (EXEMPLO: CIFOESCOLIOSE, DENTADURA, FALTA DE EXTREMIDADES, ETC).

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ENTREVISTADORES: _____

DATA DA ENTREVISTA: ___/___/___
 d d m m a a a a

Nº Seqüencial: _____

Nº Seqüencial: _____

QUESTIONÁRIO PLATINO
- Folha de Rosto -

MUNICÍPIO:	DISTRITO:	SETOR:	QUADRA:	FACE QUADRA:	DOMICÍLIO:	ENTREVISTADO:
□□□□□	□□	□□□□	□□	□□	□□	□□

ENDEREÇO:

.....
.....

Nº: - **COMPL.** (apto./fundo, etc):
.....

TELEFONES - **Domiciliar:** **Recados com:**
.....

Contato:

NOME DO ENTREVISTADO:

.....

VISITA:	DATA:	ENTREVISTADOR(E S):	OBSERVAÇÕES:
1ª			
2ª			
3ª			
Outras			

DURAÇÃO: Início: ____ : ____ - Término: ____ ____

	REALIZADO: (Sim / Não)	CÓDIGO DO APARELHO:	QUAL(IS) MOTIVO(S):
ESPIROMETRIA			

Nº Seqüencial: _____

ANTROPOMETRIA			
---------------	--	--	--

	DATA:	NOME:	OBSERVAÇÕES:
CRÍTICA			
CODIFICAÇÃO			
CHECAGEM			
DIGITAÇÃO 1			
DIGITAÇÃO 2			

QUESTIONÁRIO PLATINO PRINCIPAL

HORA DE INÍCIO DA ENTREVISTA: ___ h ___ min.

1. SEXO DO ENTREVISTADO(A):1 homem 2 mulher**2. QUAL SUA RAÇA ? (Leia as opções para o entrevistado responder)**1 branca 4 parda
2 preta 5 indígena
3 amarela**3. QUAL A SUA DATA DE NASCIMENTO ?**

_ _ / _ _ / _ _ _ _
d d m m a a a a

4. QUANTOS ANOS COMPLETOS DE ESCOLA O(A) SR(A) ESTUDOU ?

_ _ _

5. QUAL O CURSO MAIS ALTO QUE O SR(A) COMPLETOU NA ESCOLA ?

- 1 primário/admissão
2 secundário/ginásio
3 2º grau/científico clássico/magistério ou normal/escola técnica
4 universidade/pós-graduação
5 nenhum
6 não sabe

6. QUAL O CURSO MAIS ALTO QUE O SEU PAI COMPLETOU NA ESCOLA ?

- 1 primário/admissão
2 secundário/ginásio
3 2º grau/científico clássico/magistério ou normal/escola técnica
4 universidade/pós-graduação
5 nenhum
6 não sabe

SINTOMAS E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS AGORA SOBRE SUA RESPIRAÇÃO E SEUS PULMÕES. RESPONDA SIM OU NÃO, SE POSSÍVEL. SE TIVER DÚVIDA, RESPONDA NÃO.

Tosse**7. O(A) SR(A) COSTUMA TER TOSSE, SEM ESTAR RESFRIADO(A) ?**1 sim 2 não

[Se “sim”, pergunte Questão 7A; se “não”, vá para a Questão 8]

7A. EXISTEM MESES EM QUE O(A) SR(A) TOSSE NA MAIORIA DOS DIAS OU QUASE TODOS OS DIAS ?1 sim 2 não

[Se “sim”, pergunte as Questões 7B e 7C; se “não”, vá para a Questão 8]

7B. O(A) SR(A) TOSSE NA MAIORIA DOS DIAS, NO MÍNIMO POR TRÊS MESES, A CADA ANO ?1 sim 2 não**7C. HÁ QUANTOS ANOS O(A) SR(A) VEM TENDO ESSA TOSSE ?**

- 1 menos do que 2 anos
2 de 2 a 5 anos
3 mais do que 5 anos

Catarro**8. O(A) SR(A) GERALMENTE TEM CATARRO QUE VEM DO SEU PULMÃO, OU CATARRO DIFÍCIL DE POR PARA FORA, MESMO SEM ESTAR RESFRIADO(A) ?**1 sim 2 não

[Se “sim”, continue com a Questão 8A; se “não”, vá para a Questão 9]

8A. EXISTEM MESES EM QUE O(A) SR(A) TEM ESSE CATARRO NA MAIORIA DOS DIAS OU QUASE TODOS OS DIAS ?1 sim 2 não

[Se “sim”, continue com as Questões 8B e 8C; se “não”, vá para a Questão 9]

8B. O(A) SR(A) TEM ESSE CATARRO NA MAIORIA DOS DIAS, NO MÍNIMO POR TRÊS MESES, A CADA ANO ?

1 sim 2 não

8C. HÁ QUANTOS ANOS O(A) SR(A) VEM TENDO ESSE CATARRO ?

1 menos do que 2 anos
 2 de 2 a 5 anos
 3 mais do que 5 anos

Chiado no peito/Sibilo/Sibilância/Miado de gato

9. O(A) SR(A) TEVE CHIADO NO PEITO, ALGUMA VEZ, NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?

1 sim 2 não

[Se “sim”, pergunte as Questões 9A e 9B; se “não”, vá para a Questão 10]

9A. O(A) SR(A) TEVE ESSE CHIADO NO PEITO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, SOMENTE QUANDO ESTEVE RESFRIADO ?

1 sim 2 não

9B. ALGUMA VEZ, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, O(A) SR(A) TEVE UM ATAQUE (CRISE) DE CHIADO NO PEITO COM FALTA DE AR ?

1 sim 2 não

Falta de ar

10. O(A) SR(A) TEM ALGUM PROBLEMA QUE NÃO O(A) DEIXA ANDAR, SEM SER PROBLEMA DE PULMÃO OU CORAÇÃO ?

1 sim 2 não

[Se “sim”, por favor diga qual é esse problema e então vá para a Questão 12; se “não”, vá para a Questão 11]

QUAL(IS) PROBLEMA(S):

.....

.....

11. O(A) SR(A) SENTE FALTA DE AR QUANDO ANDA (CAMINHA) MAIS RÁPIDO NO CHÃO RETO OU QUANDO ANDA NUMA PEQUENA SUBIDA ?

1 sim 2 não

[Se “sim” para qualquer questão da 11 até 11D, vá para a Questão 12; se “não”, pergunte a próxima]

11A. O(A) SR(A) TEM QUE ANDAR (CAMINHAR) MAIS DEVAGAR NO CHÃO RETO, DO QUE PESSOAS DA SUA IDADE, POR CAUSA DA FALTA DE AR ?

1 sim 2 não

11B. O(A) SR(A) JÁ TEVE QUE PARAR DE ANDAR (CAMINHAR), NO CHÃO RETO, PARA PUXAR O AR, NO SEU PASSO NORMAL ?

1 sim 2 não

11C. O(A) SR(A) JÁ TEVE QUE PARAR DE ANDAR (CAMINHAR) NO CHÃO RETO PARA PUXAR O AR, DEPOIS DE ANDAR UNS 100 METROS OU ALGUNS MINUTOS ?

1 sim 2 não

11D. A SUA FALTA DE AR É TÃO FORTE QUE NÃO DEIXA O(A) SR(A) SAIR DE CASA OU NÃO DEIXA O(A) SR(A) TROCAR DE ROUPA ?

1 sim 2 não

12. O MÉDICO ALGUMA VEZ LHE DISSE QUE O(A) SR(A) TEM ENFISEMA NOS SEUS PULMÕES ?

1 sim 2 não

13. O MÉDICO ALGUMA VEZ LHE DISSE QUE O(A) SR(A) TEM ASMA, OU BRONQUITE ASMÁTICA OU BRONQUITE ALÉRGICA ?

1 sim 2 não

[Se “sim”, pergunte a Questão 13A; se “não”, vá para a Questão 14]

13A. O(A) SR(A) AINDA TEM ASMA OU BRONQUITE ASMÁTICA OU BRONQUITE ALÉRGICA ?

1 sim

2 não

14. O MÉDICO ALGUMA VEZ NA VIDA LHE DISSE QUE O(A) SR(A) TEM BRONQUITE CRÔNICA ?

1 sim

2 não

[Se “sim”, pergunte a Questão 14A; se “não”, vá para a Questão 15]

14A. O(A) SR(A) AINDA TEM BRONQUITE CRÔNICA ?

1 sim

2 não

15. O MÉDICO ALGUMA VEZ NA VIDA LHE DISSE QUE O(A) SR(A) TEM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) ?

1 sim

2 não

Manejo

AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE REMÉDIOS QUE O(A) SR(A). POSSA ESTAR USANDO PARA AJUDAR NA SUA RESPIRAÇÃO OU COM SEUS PULMÕES. EU GOSTARIA DE SABER SOBRE OS REMÉDIOS QUE O(A) SR(A) USA DE MANEIRA REGULAR (CONSTANTE) E REMÉDIOS QUE O(A) SR(A) USA SOMENTE QUANDO ESTÁ SE SENTINDO PIOR. GOSTARIA QUE ME DISSESSE CADA REMÉDIO QUE O(A) SR(A). TOMA, DE QUE FORMA TOMA E POR QUANTAS VEZES TOMA NO MÊS.

16. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, O(A) SR(A) TOMOU QUALQUER REMÉDIO PARA SEUS PULMÕES OU PARA SUA RESPIRAÇÃO ?

1 sim

2 não

[Se a resposta para a Questão 16 for “não”, vá para a Questão 17]

16A. NOME DA MEDICAÇÃO					
16B. CÓDIGO DA MEDICAÇÃO	_____	_____	_____	_____	_____
16C. APRESENTAÇÃO	1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> bombinha/spray 3 <input type="checkbox"/> inalação/nebul. 4 <input type="checkbox"/> xarope 5 <input type="checkbox"/> supositório 6 <input type="checkbox"/> injeção 7 <input type="checkbox"/> outra	1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> bombinha/spray 3 <input type="checkbox"/> inalação/nebul. 4 <input type="checkbox"/> xarope 5 <input type="checkbox"/> supositório 6 <input type="checkbox"/> injeção 7 <input type="checkbox"/> outra	1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> bombinha/spray 3 <input type="checkbox"/> inalação/nebul. 4 <input type="checkbox"/> xarope 5 <input type="checkbox"/> supositório 6 <input type="checkbox"/> injeção 7 <input type="checkbox"/> outra	1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> bombinha/spray 3 <input type="checkbox"/> inalação/nebul. 4 <input type="checkbox"/> xarope 5 <input type="checkbox"/> supositório 6 <input type="checkbox"/> injeção 7 <input type="checkbox"/> outra	1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> bombinha/spray 3 <input type="checkbox"/> inalação/nebul. 4 <input type="checkbox"/> xarope 5 <input type="checkbox"/> supositório 6 <input type="checkbox"/> injeção 7 <input type="checkbox"/> outra
16D. ESSE REMÉDIO O(A) SR(A). TOMA NA MAIORIA DOS DIAS, OU SOMENTE QUANDO ESTÁ SENTINDO ALGUMA COISA OU EM AMBAS OCASIÕES (SEMPRE) ?	1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)	1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)	1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)	1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)	1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)
	[Se “na maioria dos dias” pergunte Questão 16E, se “sintomas”, pergunta ambas: Questão 16E e 16F]	[Se “na maioria dos dias” pergunte Questão 16E, se “sintomas”, pergunta ambas: Questão 16E e 16F]	[Se “na maioria dos dias” pergunte Questão 16E, se “sintomas”, pergunta ambas: Questão 16E e 16F]	[Se “na maioria dos dias” pergunte Questão 16E, se “sintomas”, pergunta ambas: Questão 16E e 16F]	[Se “na maioria dos dias” pergunte Questão 16E, se “sintomas”, pergunta ambas: Questão 16E e 16F]
16E. QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, POR QUANTOS DIAS NA SEMANA O(A) SR(A). USA ?	____ dias				
16F. QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ?	1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12	1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12	1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12	1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12	1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12

20D. EM MÉDIA, NO TEMPO TODO EM QUE O(A) SR(A) FUMOU, QUANTOS CIGARROS POR DIA O(A) SR(A) FUMAVA ?

_____ cigarros/dia

20E. EM MÉDIA, NO TEMPO TODO EM QUE O(A) SR(A) FUMOU, O CIGARRO MAIS FUMADO FOI:

- 1 industrializado (pronto), com filtro
- 2 industrializado (pronto), sem filtro
- 3 feito a mão com papel
- 4 feito a mão com palha
- 5 outro – DESCREVA:

[Por favor, se não é fumante atual, vá para a Questão 21; se for fumante atual vá para a Questão 22]

21. ALGUMA VEZ NA VIDA, O(A) SR(A) FUMOU CIGARRO ?

- 1 sim
- 2 não

Se o entrevistado fumou menos do que 20 cartelas de cigarro na vida, ou menos do que 1 cigarro por dia em um ano, então codifique como “não”.

[Se “sim”, pergunte as Questões 21A até 21D; se “não”, vá para a Questão 22]

21A. QUE IDADE O(A) SR(A). TINHA QUANDO O(A) SR(A) INICIOU A FUMAR REGULARMENTE ?

_____ anos

[“regularmente” significa pelo menos 1 cigarro a cada 30 dias]

21B. QUE IDADE O(A) SR(A) TINHA QUANDO PAROU TOTALMENTE DE FUMAR CIGARROS ?

_____ anos

21C. EM MÉDIA, NO TEMPO TODO EM QUE O(A) SR(A) FUMOU, QUANTOS CIGARROS POR DIA O(A) SR(A) FUMAVA ?

_____ cigarros/dia

21D. EM MÉDIA, NO TEMPO TODO EM QUE O(A) SR(A) FUMOU, O CIGARRO MAIS FUMADO FOI:

- 1 industrializado (pronto), com filtro
- 2 industrializado (pronto), sem filtro
- 3 feito a mão com papel
- 4 feito a mão com palha
- 5 outro – DESCREVA:

22. O(A) SR(A) AGORA FUMA CACHIMBO OU CHARUTO ?

- 1 sim
- 2 não

“**Agora**” significa 50 ou mais enchidas de cachimbo/charutos nos últimos 30 dias.

[Se “sim”, vá para a Questão 23; se “não”, vá para a Questão 22A]

22A. ALGUMA VEZ NA VIDA O(A) SR(A) FUMOU CACHIMBO OU CHARUTO ?

- 1 sim
- 2 não

[Se o entrevistado nunca fumou (i.e. respondeu “não” para as Questões 20, 21, 22 e 22A), então vá para a Questão 26]

[Se o entrevistado alguma vez fumou (i.e. respondeu “sim” para qualquer das questões da 20 até 22A), vá para a Questão 23]

23. O MÉDICO ALGUMA VEZ LHE ACONSELHOU A PARAR DE FUMAR ?

- 1 sim
- 2 não

[Se “sim”, pergunte a Questão 23B; se “não”, vá diretamente para a Questão 24]

[Somente pergunte a Questão 23A para fumantes atuais]

23A. O(A) SR(A) RECEBEU ACONSELHAMENTO PARA PARAR DE FUMAR, NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?

- 1 sim
- 2 não

23B. ALGUMA VEZ O(A) SR(A) USOU QUALQUER REMÉDIO RECEITADO POR MÉDICO PARA AJUDÁ-LO A PARAR DE FUMAR ?

1 sim 2 não

[Se “sim”, vá para a Questão 23B1, então pergunte a Questão 24; se “não”, vá para a Questão 24]

23B1. QUE TIPO DE REMÉDIO O(A) SR(A) USOU PARA AJUDÁ-LO A PARAR DE FUMAR ?

- 1 substituição com nicotina
 2 zyban/ Bupropiona
 9 outros (tofranil, etc)

24. ALGUMA VEZ O(A) SR(A) USOU ALGO NÃO RECEITADO PARA AJUDÁ-LO A PARAR DE FUMAR ?

1 sim 2 não

25. ALGUMA VEZ O(A) SR(A) USOU OU FEZ QUALQUER OUTRA COISA PARA AJUDÁ-LO A PARAR DE FUMAR ?

1 sim 2 não

[Se “sim”, pergunte a Questão 25A, caso contrário vá para a Questão 26]

25A. O QUE O(A) SR(A) FEZ ?

- 1 hipnose
 2 acupuntura 9 outras (laser, etc)

Exposição ocupacional

26. O(A) SR(A) ALGUMA VEZ NA VIDA TRABALHOU POR UM ANO OU MAIS EM UM TRABALHO COM POEIRA OU PÓ ?

1 sim 2 não

[Se “sim”, pergunte a Questão 26A, caso contrário vá para a Questão 27]

26A. POR QUANTOS ANOS O(A) SR(A) TRABALHOU EM LUGAR ASSIM ?

_____ anos

Outras Co-morbidades

27. ALGUMA VEZ NA VIDA O MÉDICO LHE DISSE QUE O(A) SR(A) TINHA:

27A. DOENÇAS DO CORAÇÃO ?

1 sim 2 não

27B. PRESSÃO ALTA (HIPERTENSÃO) ?

1 sim 2 não

27C. AÇÚCAR NO SANGUE (DIABETES) ?

1 sim 2 não

27D. CÂNCER DE PULMÃO ?

1 sim 2 não

27E. DERRAME (AVC, ISQUEMIA CEREBRAL) ?

1 sim 2 não

27F. TUBERCULOSE ?

1 sim 2 não

[Se “sim” para a Questão 27F, então pergunte a Questão 27F1, caso contrário vá para a Questão 27G]

27F1. O(A) SR(A) ESTÁ TOMANDO REMÉDIO PARA TUBERCULOSE, NO MOMENTO ?

1 sim 2 não

[Se “não” a Questão 27F1, então pergunte a Questão 27F2, caso contrário vá para a Questão 27G]

27F2. ALGUMA VEZ O(A) SR(A) TOMOU REMÉDIO PARA TUBERCULOSE ?

1 sim 2 não

27G. GASTRITE OU ÚLCERA ?

1 sim 2 não

28. ALGUMA VEZ NA VIDA O(A) SR(A) TEVE UMA OPERAÇÃO (CIRURGIA) EM QUE RETIRARAM UMA PARTE DO SEU PULMÃO ?

1 sim 2 não

29. O(A) SR(A) ESTEVE INTERNADO QUANDO CRIANÇA (≤ 9 ANOS) POR PROBLEMAS DE PULMÃO ?

1 sim 2 não

30. NOS ÚLTIMOS 12 MESES O(A) SR(A) TOMOU VACINA PARA A GRIPE ?

1 sim 2 não

31. O MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE LHE DISSE QUE O SEU PAI, MÃE, IRMÃOS OU IRMÃS TIVERAM DIAGNÓSTICO DE ENFISEMA, OU BRONQUITE CRÔNICA OU DPOC ?

1 sim 2 não

32. TEM ALGUÉM MORANDO COM O(A) SR(A) QUE TENHA FUMADO CIGARRO, CACHIMBO OU CHARUTO, NA SUA CASA, DURANTE AS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS ?

1 sim 2 não

SF-12

INSTRUÇÕES: QUEREMOS SABER SUA OPINIÃO SOBRE SUA SAÚDE. ESSA INFORMAÇÃO NOS AJUDARÁ A SABER COMO O(A) SR(A). SE SENTE E COMO É CAPAZ DE FAZER SUAS ATIVIDADES DO DIA A DIA. RESPONDA CADA QUESTÃO INDICANDO A RESPOSTA CERTA. SE ESTÁ EM DÚVIDA SOBRE COMO RESPONDER A QUESTÃO, POR FAVOR, RESPONDA DA MELHOR MANEIRA POSSÍVEL.

33. EM GERAL, O(A) SR(A) DIRIA QUE SUA SAÚDE É: (marque um)

1 excelente 4 regular
2 muito boa 5 ruim
3 boa

AS PERGUNTAS SEGUINTE SÃO SOBRE COISAS QUE O(A) SR(A). FAZ NA MÉDIA, NO SEU DIA A DIA (DIA TÍPICO/COMUM).

34. O(A) SR(A) ACHA QUE SUA SAÚDE, AGORA, O DIFICULTA DE FAZER ALGUMAS COISAS DO DIA A DIA, COMO POR EXEMPLO:

34A. ATIVIDADES MÉDIAS (COMO MOVER UMA CADEIRA, FAZER COMPRAS, LIMPAR A CASA, TROCAR DE ROUPA) ?

1 sim, dificulta muito
2 sim, dificulta um pouco
3 não, não dificulta de modo algum

34B. O(A) SR(A) ACHA QUE SUA SAÚDE, AGORA, O DIFICULTA DE FAZER ALGUMAS COISAS DO DIA A DIA, COMO POR EXEMPLO: SUBIR TRÊS OU MAIS DEGRAUS DE ESCADA ?

1 sim, dificulta muito
2 sim, dificulta um pouco
3 não, não dificulta de modo algum

35. DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, O(A) SR(A) TEVE ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS COM SEU TRABALHO OU EM SUAS ATIVIDADES DO DIA A DIA, COMO POR EXEMPLO:

35A. FEZ MENOS DO QUE GOSTARIA, POR CAUSA DE SUA SAÚDE FÍSICA ?

1 sim 2 não

35B. DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, O(A) SR(A) TEVE ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS COM SEU TRABALHO OU EM SUAS ATIVIDADES DO DIA A DIA, COMO POR EXEMPLO: SENTIU-SE COM DIFICULDADE NO TRABALHO OU EM OUTRAS ATIVIDADES, POR CAUSA DE SUA SAÚDE FÍSICA ?

1 sim 2 não

36. DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, O(A) SR(A) TEVE ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS, COMO POR EXEMPLO:

36A. FEZ MENOS DO QUE GOSTARIA, POR CAUSA DE PROBLEMAS EMOCIONAIS ?

1 sim 2 não

40B. DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, O(A) SR(A) DEIXOU DE TRABALHAR PORQUE TRABALHA EM CASA TODO TEMPO / OU CUIDA DE ALGUÉM ?

1 sim 2 não

[Se “sim”, continue com a Questão 40C; se “não”, vá para a Questão 45]

40C. DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, OS SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE NÃO O DEIXARAM FAZER SUAS ATIVIDADES COMO DONO(A) DE CASA / OU CUIDANDO DE ALGUÉM ?

1 sim 2 não

[Se “sim”, continue com as Questões 40D e 40E; se “não”, vá para a Questão 45]

40D. DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, QUANTOS DIAS NO TOTAL O(A) SR(A) DEIXOU DE FAZER SUAS ATIVIDADES COMO DONO(A) DE CASA / OU CUIDANDO DE ALGUÉM, POR QUALQUER PROBLEMA DE SAÚDE ?

_____ dias

40E. DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, QUANTOS DIAS NO TOTAL O(A) SR(A) DEIXOU DE FAZER SUAS ATIVIDADES COMO DONO(A) DE CASA / OU CUIDANDO DE ALGUÉM, POR PROBLEMAS DE PULMÃO ?

_____ dias

[Se “sim” para as Questões 40B e 40E vá para a Questão 45]

41. QUANTOS MESES, DESSES ÚLTIMOS 12 MESES, O(A) SR(A) TEVE UM TRABALHO PAGO ?

_____ meses

42. DURANTE OS MESES EM QUE O(A) SR(A) TRABALHOU, QUANTOS DIAS POR SEMANA O(A) SR(A) TEVE UM TRABALHO PAGO ?

_____ dias

43. QUAL O NÚMERO DE HORAS POR DIA QUE O(A) SR(A) COSTUMA TER TRABALHO PAGO ?

_____ horas

44. DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, OS SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE O IMPEDIRAM (PROIBIRAM) DE TER UM TRABALHO PAGO ?

1 sim 2 não

[Se “sim”, continue com as Questões 44A e 44B, se “não”, vá para a Questão 45]

44A. DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, QUANTOS DIAS NO TOTAL O(A) SR(A) DEIXOU DE TER UM TRABALHO PAGO, POR CAUSA DE SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE ?

_____ dias

44B. DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, QUANTOS DIAS NO TOTAL O(A) SR(A) DEIXOU DE TER UM TRABALHO PAGO, POR CAUSA DE SEUS PROBLEMAS DE PULMÃO ?

_____ dias

Atividades de lazer

AS PRÓXIMAS QUESTÕES SÃO SOBRE O TEMPO QUE O(A) SR(A) TALVEZ TENHA FICADO DE CAMA METADE DO DIA OU MAIS OU SEM CONSEGUIR FAZER SUAS ATIVIDADES DE LAZER (OU DE PASSEIO) TAIS COMO: VISITAR AMIGOS/PARENTES, IR A PRAÇAS OU PARQUES, DANÇAR, JOGAR CARTAS OU OUTRAS COISAS, POR CAUSA DE SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE.

45. DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, O(A) SR(A) DEIXOU DE PARTICIPAR DE SUAS ATIVIDADES DE PASSEIO (OU LAZER), POR CAUSA DE PROBLEMAS DE SAÚDE ?

1 sim 2 não

[Se “sim”, continue com as Questões 45A e 45B, se “não”, vá para questão 46]

45A. DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, QUANTOS DIAS NO TOTAL O(A) SR(A) DEIXOU DE PARTICIPAR DE SUAS ATIVIDADES DE LAZER (OU DE PASSEIO) POR CAUSA DE SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE ?

_____ dias

45B. DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, QUANTOS DIAS NO TOTAL O(A) SR(A) DEIXOU DE PARTICIPAR DE SUAS ATIVIDADES DE LAZER (OU DE PASSEIO) POR CAUSA DE PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE PULMÃO ?

_____ dias

Poluição Intra-domiciliar

46. NA SUA CASA, POR MAIS DE 6 MESES EM TODA SUA VIDA, USARAM FOGÃO COM CARVÃO PARA COZINHAR ?

1 sim

2 não

[Se “sim” para a Questão 46 pergunte as Questões 46A até 46D; caso contrário, pule para a Questão 47]

46A. POR QUANTOS ANOS USARAM FOGÃO COM CARVÃO PARA COZINHAR EM SUA CASA ?

_____ anos

46B. NA MÉDIA, QUANTAS HORAS POR DIA O(A) SR(A) FICAVA PERTO DESSE FOGÃO COM CARVÃO ?

_____ horas

46C. AINDA USAM FOGÃO COM CARVÃO PARA COZINHAR NA SUA CASA ?

1 sim

2 não

46D. ESTE FOGÃO TEM (OU TINHA) UMA CHAMINÉ ?

1 sim

2 não

47. NA SUA CASA, POR MAIS DE 6 MESES EM TODA SUA VIDA, USARAM FOGÃO COM MADEIRA / LENHA / ESTERCO (ESTRUME) / SABUGO DE MILHO / PALHA OU FOLHA PARA COZINHAR ?

1 sim

2 não

[Se “sim” para a Questão 47 pergunte as Questões 47A até 47D; caso contrário, pule para a Questão 48]

47A. POR QUANTOS ANOS USARAM FOGÃO COM MADEIRA / LENHA / ESTERCO (ESTRUME) / SABUGO DE MILHO / PALHA OU FOLHA PARA COZINHAR EM SUA CASA ?

_____ anos

47B. NA MÉDIA, QUANTAS HORAS POR DIA O(A) SR(A) FICAVA PERTO DESSE FOGÃO COM MADEIRA / LENHA / ESTERCO (ESTRUME) / SABUGO DE MILHO / PALHA OU FOLHA ?

_____ horas

47C. AINDA USAM FOGÃO COM MADEIRA / LENHA / ESTERCO (ESTRUME) / SABUGO DE MILHO / PALHA OU FOLHA PARA COZINHAR NA SUA CASA ?

1 sim

2 não

47D. ESTE FOGÃO TEM (OU TINHA) UMA CHAMINÉ ?

1 sim

2 não

48. NA SUA CASA, POR MAIS DE SEIS MESES EM TODA SUA VIDA, USARAM CARVÃO PARA AQUECER A CASA ?

1 sim

2 não

[Se “sim” para a Questão 48 pergunte as Questões 48A até 48C; caso contrário, pule para a Questão 49]

48A. POR QUANTOS ANOS USARAM CARVÃO PARA AQUECER SUA CASA ?

_____ anos

**QUESTIONÁRIO PLATINO
RECUSAS OU MÍNIMO**

MUNICÍPIO:	DISTRITO:	SETOR:	QUADRA:	FAZENDA:	QUADRA:	DOMICÍLIO:	ENTREVISTA:
<input type="text"/>							

5A. QUANTOS CIGARROS O(A) SR(A) FUMA

<input type="text"/>	cigarros/dia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	--------------	----------------------	----------------------

(8) NÃO APLICÁVEL

Variáveis Demográficas

1. SEXO

1 homem 2 mulher

2. DATA DE NASCIMENTO

__ / __ / ____
d d m m a a a a

Sintomas Respiratórios e Doenças

3. ALGUMA VEZ NA VIDA O MÉDICO LHE DISSE QUE O(A) SR(A) TEM ENFISEMA, ASMA, BRONQUITE ASMÁTICA, BRONQUITE CRÔNICA OU DOENÇA CRÔNICA OBSTRUTIVA (DPOC) ?

1 sim 2 não

Co-morbidades adicionais

4. ALGUMA VEZ NA VIDA O MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE LHE DISSE QUE O(A) SR(A) TEM DOENÇA DO CORAÇÃO, PRESSÃO ALTA, DIABETES, CÂNCER DE PULMÃO, AVC (ISQUEMIA OU DERRAME CEREBRAL) OU TUBERCULOSE ?

1 sim 2 não

Fumo

**AGORA EU VOU LHE PERGUNTAR
SOBRE FUMO**

5. O(A) SR(A) AGORA FUMA CIGARRO INDUSTRIALIZADO (PRONTO) OU CIGARRO FEITO A MÃO ?

1 sim 2 não

[Se "sim", pergunte Questão 5A; se "não", vá para a Questão 6]

6. ALGUMA VEZ O(A) SR(A) FUMOU CIGARROS ?

1 sim 2 não

ENTREVISTADORES: _____

DATA DA ENTREVISTA: __ / __ / ____
d d m m a a a a