

Para começar, algumas perguntas se referem a seu estado de saúde.

A1. 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

A2. De um modo geral, como você considera o seu estado de saúde bucal (dentes e gengiva)?

- 1 Muito bom
 2 Bom
 3 Regular
 4 Ruim
 5 Muito ruim

A3. NA ÚLTIMA VEZ que você buscou assistência à saúde, como considerou o atendimento recebido?

- 1 Muito bom
 2 Bom
 3 Regular
 4 Ruim
 5 Muito ruim
 6 Não consegui atendimento



A4. Alguma vez um médico lhe informou que você teve ou tem...

Para CADA condição ou doença, marque SIM ou NÃO.

Sempre que marcar SIM, informe QUAL A SUA IDADE na época em que o MÉDICO lhe informou, PELA PRIMEIRA VEZ, que você teve ou tem a condição ou doença.

a. hipertensão (pressão alta)?

₁ Sim, com ____ anos de idade

₂ Sim, mas apenas durante a gravidez

₃ Não

b. diabetes (açúcar no sangue)?

₁ Sim, com ____ anos de idade

₂ Sim, mas apenas durante a gravidez

₃ Não

c. colesterol alto (gordura no sangue)?

₁ Sim, com ____ anos de idade

₂ Não

d. infarto do miocárdio (ataque do coração)?

₁ Sim, com ____ anos de idade

₂ Não

e. angina (isquemia, má circulação no coração)?

₁ Sim, com ____ anos de idade

₂ Não

f. acidente vascular cerebral (derrame)?

₁ Sim, com ____ anos de idade

₂ Não

g. asma (bronquite asmática)?

₁ Sim, com ____ anos de idade

₂ Não

h. enfisema ou bronquite crônica?

₁ Sim, com ____ anos de idade

₂ Não



i. cálculo (pedra) no rim?

Sim, com ____ anos de idade

Não

j. úlcera no estômago ou duodeno?

Sim, com ____ anos de idade

Não

k. cálculo (pedra) na vesícula?

Sim, com ____ anos de idade

Não

l. gastrite?

Sim, com ____ anos de idade

Não

m. LER (lesão por esforço repetitivo, tendinite/sinovite)?

Sim, com ____ anos de idade

Não

n. artrose (artrite, reumatismo)?

Sim, com ____ anos de idade

Não

o. hérnia de disco?

Sim, com ____ anos de idade

Não

p. hipertireoidismo (tireóide acelerada)?

Sim, com ____ anos de idade

Não

q. hipotireoidismo?

Sim, com ____ anos de idade

Não

r. tuberculose?

Sim, com ____ anos de idade

Não



A5. Com o tempo, muitas pessoas perdem alguns ou mesmo todos os dentes. Qual das opções abaixo melhor corresponde ao número de dentes que você perdeu?

- 1 Não perdi nenhum dente
- 2 Perdi um ou poucos dentes
- 3 Perdi vários dentes
- 4 Perdi quase todos ou todos os dentes

A6. Em geral, durante quantas horas você dorme por noite (ou durante seu período principal de sono) em seus dias de trabalho? (Se você está aposentado, considere um dia de semana)

horas

A7. Desde JANEIRO DE 2007 ATÉ AGORA, você esteve internado(a) em hospital, por uma noite ou mais, em razão de doença ou acidente? (não inclua internação para nascimento de filho)

1 Sim →

Qual o motivo dessa internação, ou de cada uma dessas internações?

2 Não



Se NÃO, pule para a próxima página.

1º Internação: _____

2º Internação: _____

3º Internação: _____

4º Internação: _____

5º Internação: _____



As próximas perguntas são sobre problemas de saúde que o(a) impediram de realizar alguma de suas atividades habituais (por exemplo, trabalho, estudo, lazer ou tarefas domésticas), nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

Considere QUALQUER problema de saúde por exemplo:

- dores (dente, cabeça, etc.)
- infecções
- qualquer tipo de acidente ou lesão
- estados de depressão ou ansiedade
- condições pré-existentes
- outros

B1. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você ficou impedido(a) de realizar alguma de suas atividades habituais (por exemplo, trabalho, estudo, lazer ou tarefas domésticas) por algum problema de saúde que você teve ou tem?

¹ Sim

² Não

→ Se NÃO, pule para a pergunta B4, na página 6.

B2. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, qual foi ou quais foram esses problemas de saúde que você teve ou tem que o(a) impediram de realizar alguma dessas atividades habituais (por exemplo, trabalho, estudo, lazer ou tarefas domésticas)?

a) PRINCIPAL problema:

b) OUTROS problemas:



B3. Nessas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, por QUANTOS DIAS, no total, você ficou impedido(a) de realizar alguma de suas atividades habituais (por exemplo, trabalho, estudo, lazer ou tarefas domésticas) devido a este(s) problema(s) de saúde que você teve ou tem?

dia(s)

⁰ Menos de um dia

B4. Você tem algum tipo de plano ou seguro saúde (particular ou de empresa)?
ATENÇÃO: Não considerar SUS, IASERJ

¹ Sim, como titular

² Sim, como dependente

³ Não → Se NÃO, pule para a pergunta C1.

B5. Qual a cobertura do seu plano de saúde?

¹ Somente ambulatorial (consulta)

² Somente hospitalar (internação)

³ Ambulatorial e hospitalar

⁴ Outro - especificar: _____

Agora gostaríamos de conhecer alguns de seus hábitos de vida.

C1. Com que frequência você consome frutas frescas?

¹ Nunca ou menos de 1 vez por mês

² 1 a 3 vezes por mês

³ 1 a 3 vezes por semana

⁴ 4 a 6 vezes por semana

⁵ Diariamente



C2. Com que frequência você consome verduras?

- ¹ Nunca ou menos de 1 vez por mês
- ² 1 a 3 vezes por mês
- ³ 1 a 3 vezes por semana
- ⁴ 4 a 6 vezes por semana
- ⁵ Diariamente

C3. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você praticou alguma atividade física para melhorar sua saúde, condição física ou com objetivo estético ou de lazer?

- ¹ Sim
- ² Não

C4. Que método(s) para EVITAR A GRAVIDEZ você e/ou seu(sua) parceiro(a) usou (usaram) na última relação sexual? (Se for o caso marque mais de 1 resposta)

- ¹ Pílula
- ² Camisinha masculina
- ³ Camisinha feminina
- ⁴ Tabela
- ⁵ Coito interrompido
- ⁶ Diafragma
- ⁷ DIU
- ⁸ Contraceptivo injetável
- ⁹ Implantes (Norplant)
- ¹⁰ Creme/óvulo
- ¹¹ Pílula do dia seguinte (contracepção de emergência)
- ¹² Ligadura/laqueadura de trompas (esterilização feminina)
- ¹³ Parceiro fez vasectomia (esterilização masculina)
- ¹⁴ Outro - especificar: _____
- ¹⁵ Não usei nenhum método



C5. Quantos filhos naturais (biológicos) você teve?

filhos naturais (biológicos) _____

Não tive filhos naturais (biológicos)

C6. Você fuma cigarros atualmente?

Sim

Não, nunca fumei

Não, parei de fumar há um ano ou MAIS

Não, parei de fumar há MENOS de um ano _____

C7. Você já ouviu falar da gripe influenza H1N1 (gripe suína)?

Sim

Não _____

C8. Alguma vez você tomou a vacina contra a gripe influenza H1N1 (gripe suína)?

Sim

Não _____

C9. Se o Ministério da Saúde promovesse uma nova campanha de vacinação contra a gripe influenza H1N1 (gripe suína), você iria se vacinar?

Sim

Não _____

Agora, algumas perguntas sobre características do seu nascimento.

D1. Você foi um bebê prematuro, isto é, nasceu antes do tempo?

Sim

Não

Não sei informar _____



D2. De acordo com a informação que você tem, qual foi o seu peso ao nascer?

- ¹ Abaixo de 2,5 kg
- ² Entre 2,5 e 4 kg
- ³ Acima de 4 kg
- ⁴ Não sei informar

Agora, pense na época em que você tinha 12 anos de idade.

E1. Quando VOCÊ TINHA 12 ANOS de idade, quem era considerado o chefe da família ou o PRINCIPAL RESPONSÁVEL pela casa onde você morava?

- ¹ Meu pai
- ² Minha mãe
- ³ Outra pessoa

E2. Qual era a ocupação ou atividade do CHEFE DA FAMÍLIA ou do PRINCIPAL RESPONSÁVEL pela casa onde você morava quando TINHA 12 ANOS de idade?**E3. Nessa ocupação ou atividade, o PRINCIPAL RESPONSÁVEL pela casa onde você morava quando tinha 12 anos de idade era...**

- ¹ Empregado
- ² Trabalhava sem remuneração
- ³ Trabalhava por conta própria
- ⁴ Empregador - com menos de 25 empregados
- ⁵ Empregador - com mais de 25 empregados
- ⁶ Aposentado/pensionista



E4. Em algumas famílias, há ocasiões em que falta dinheiro em casa para comprar comida. Quando VOCÊ TINHA 12 ANOS de idade, com que frequência houve ocasiões em que VOCÊ, por FALTAR DINHEIRO em casa para comprar comida...

		Frequente- mente	Às vezes	Raramente	Nunca	
a	...não tinha uma alimentação variada e saudável?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	_____
b	...comia apenas poucos tipos de alimentos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	_____
c	...comia em menor quantidade do que achava que devia?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	_____
d	...deixava de fazer alguma refeição?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	_____
e	...ficava um dia inteiro sem comer ou, tinha apenas uma refeição ao dia?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	_____

Gostaríamos de conhecer aspectos de seu trabalho.

Se você se aposentou e não trabalha atualmente, pule para a pergunta G1, na página 12.

F1. ATUALMENTE, você trabalha em plantão noturno ou de 24 horas, no HUPE, Campus da UERJ, ou fora da UERJ?

Sim → **Se SIM, com que frequência?**

Não



Se NÃO, pule para a próxima página.

Menos frequentemente que 1 vez por mês

1 a 3 vezes por mês

1 vez por semana

2 a 3 vezes por semana

4 ou mais vezes por semana



F2. Em geral, quantas horas no total você trabalha por semana? (inclua horas-extras e qualquer atividade remunerada em emprego ou por conta própria)

horas por semana

F3. Por favor, assinale até que ponto você CONCORDA ou DISCORDA de cada afirmativa abaixo sobre o seu trabalho (Caso você trabalhe em mais de um lugar considere aquele em que você passa a maior parte do tempo).

		Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	
a	Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b	Frequentemente, eu sou interrompido e incomodado no trabalho.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c	Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d	Frequentemente, eu sou pressionado a trabalhar depois da hora.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e	Meu trabalho exige muito esforço físico.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f	Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g	Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h	Eu tenho o respeito que mereço dos meus colegas de trabalho.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i	No trabalho, eu posso contar com apoio em situações difíceis.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
j	No trabalho, eu sou tratado injustamente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k	Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
l	No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m	Tenho pouca estabilidade no emprego.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Continuando...

		Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	
n	A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	_____
o	No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	_____
p	Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	_____
q	Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	_____
r	No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	_____
s	Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	_____
t	Quando chego em casa, eu consigo relaxar e "me desligar" facilmente do meu trabalho.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	_____
u	As pessoas íntimas dizem que me sacrífico muito por causa do meu trabalho.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	_____
v	O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando eu vou dormir.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	_____
w	Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	_____
x	Geralmente não consigo parar de pensar no trabalho durante a folga.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	_____

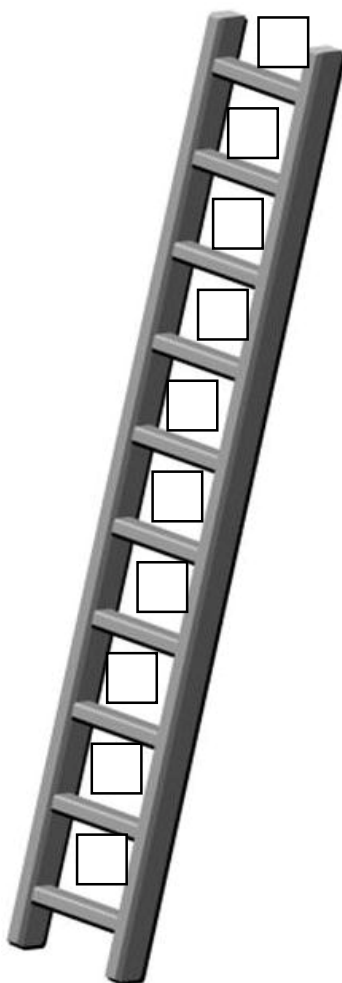
As próximas perguntas referem-se à sua vida pessoal, familiar, moradia e outros aspectos.

G1. Em sua opinião, qual é sua cor ou raça?



G2. Considere que a escada abaixo representa o lugar que as pessoas ocupam na sociedade. No topo da escada estão as pessoas que possuem mais dinheiro, maior escolaridade e os melhores empregos. Na parte mais baixa da escada, estão as pessoas que possuem menos dinheiro, menor escolaridade e piores empregos (empregos com menor reconhecimento) ou estão desempregadas.

Marque um "X" no quadrado onde você se colocaria nesta escada.



G3. Além de você, alguém mais mora em sua casa? Inclua cônjuge ou companheiro(a), filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, agregados, pessoas ausentes temporariamente, e empregados que durmam na casa.

Sim

Não

Se NÃO, pule para a pergunta G5, na página 14.



G4. Em relação a todos os outros adultos e crianças que moram em sua casa, informe o parentesco OU relação que cada um tem com você e a idade dessas pessoas.

Nº	Parentesco ou relação com você	Idade
1	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>
2	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>
3	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>
4	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>
5	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>
6	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>
7	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>
8	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>

G5. 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?

- 1 Até 1000 reais
- 2 Entre 1001 e 1500 reais
- 3 Entre 1501 e 2000 reais
- 4 Entre 2001 e 2500 reais
- 5 Entre 2501 e 3000 reais
- 6 Entre 3001 e 4000 reais
- 7 Entre 4001 e 5000 reais
- 8 Entre 5001 e 6000 reais
- 9 Entre 6001 e 7000 reais
- 10 Mais de 7000 reais



G6. 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

G7. ATUALMENTE, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)

- 1 Adventista
- 2 Assembléia de Deus
- 3 Batista
- 4 Budista
- 5 Candomblé
- 6 Casa da Benção
- 7 Católica
- 8 Congregação Cristã do Brasil
- 9 Espírita kardecista
- 10 Evangelho Quadrangular
- 11 Judaica
- 12 Luterana
- 13 Messiânica
- 14 Metodista
- 15 Presbiteriana
- 16 Testemunha de Jeová
- 17 Umbanda
- 18 Universal do Reino de Deus
- 19 Outra - especificar: _____
- 20 Não tenho religião



G8. Nos ÚLTIMOS 12 MESES (sem contar com situações como casamento, batizado, ou enterro), com que frequência você compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião?

- 1 Mais de 1 vez por semana
 2 1 vez por semana
 3 1 a 3 vezes por mês
 4 Algumas vezes no ano
 5 Uma vez no ano
 6 Não compareci nenhuma vez

G9. Qual 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

G10. Com que idade você alcançou o grau de instrução assinalado acima?

anos

G11. Na maior parte da sua vida escolar, você tirava notas:

- 1 Muito abaixo da maioria dos seus colegas
 2 Um pouco abaixo da maioria dos seus colegas
 3 Parecidas com as da maioria dos seus colegas
 4 Um pouco acima da maioria dos seu colegas
 5 Muito acima da maioria dos seus colegas

G12. Com quantos PARENTES você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Se for o caso, inclua esposo(a), companheiro(a) ou filhos nesta resposta).

parentes

- 0 Nenhum



G13. Com quantos AMIGOS você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (NÃO inclua nesta resposta esposo(a), companheiro(a) ou outros parentes).

amigos

⁰ Nenhum

G14. Qual é o seu sexo?

¹ Masculino

² Feminino

G15. Qual é sua data de nascimento?

/ /
dia mês ano

G16. Atualmente, você é...

¹ casado(a) ou vive em união

² separado(a) ou divorciado(a)

³ viúvo(a)

⁴ solteiro(a) (Nunca casou ou viveu em união)

G17. O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE, hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?

¹ Preta

² Parda

³ Branca

⁴ Amarela

⁵ Indígena



PARA OS HOMENS:

Você chegou ao final do questionário geral, obrigado!

Se quiser fazer algum comentário, por favor siga para página 22.

PARA AS MULHERES:

Temos algumas perguntas adicionais para você.

Por favor, prossiga!

As próximas perguntas são importantes para conhecer aspectos da saúde da mulher.

M1. Você ainda fica menstruada?

¹ Sim →

Se SIM, pule para a pergunta M4, na página 19.

² Não

M2. Com que idade você parou de menstruar?

anos

M3. Por que você não menstrua mais?

¹ Menopausa natural

² Cirurgia para retirada de útero ou ovários

³ Outros tratamentos (hormônios, quimioterapia ou radiação)

⁴ Outra razão - especificar: _____



M4. Quando foi a ÚLTIMA VEZ que você fez um exame preventivo do câncer do colo útero, conhecido como "preventivo" ou teste de Papanicolau?

- ¹ Nunca fiz esse exame
- ² Há mais de 3 anos
- ³ Entre 1 e 3 anos atrás
- ⁴ Há menos de 1 ano

M5. Quando foi a ÚLTIMA VEZ que um médico ou enfermeiro examinou suas mamas?

- ¹ Nunca tive minhas mamas examinadas por médico ou enfermeira
- ² Há mais de 3 anos
- ³ Entre 1 e 3 anos atrás
- ⁴ Há menos de 1 ano

M6. Quando foi a ÚLTIMA VEZ que você fez um exame de mamografia?

- ¹ Nunca fiz um exame de mamografia
- ² Há mais de 3 anos
- ³ Entre 1 e 3 anos atrás
- ⁴ Há menos de 1 ano

M7. Alguma vez um médico lhe informou que você tinha mioma uterino, um tumor benigno no útero?

¹ Sim

² Não

→ Se NÃO, pule para a pergunta M11, na página 21.

M8. Com que idade você foi informada, pela primeira vez, que tinha mioma?

anos



M9. Antes de o médico descobrir que você tinha mioma, você sentia dor ou desconforto na região pélvica (bacia), ou tinha sangramento anormal?

¹ Sim

² Não

M10. O diagnóstico de mioma foi confirmado por exames?

¹ Sim, por ultra-sonografia

² Sim, por cirurgia para retirada do tumor (miomectomia)

³ Sim, por cirurgia para retirada do útero (histerectomia)

⁴ Sim, por ultra-sonografia e cirurgia

⁵ Não



IDENTIFICADOR

0 0 0 1

31354



M11. Sobre cada um dos filhos naturais que você teve (até 5) preencha os campos abaixo, começando pelo FILHO MAIS VELHO (Se não teve filhos naturais encerre aqui e faça seus comentários na página 22).

Filho	Qual era a sua idade quando esse filho nasceu?	Esse filho nasceu prematuro? (antes do tempo)	Qual foi o peso ao nascer desse filho?	Qual foi o tipo de parto?	Você amamentou esse filho (com leite de peito)?	Se SIM, por quantos meses você amamentou esse filho?	Com quantos meses você começou a introduzir outros alimentos? (considere água, chá, suco, leite em pó ou outros alimentos)
1º	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Abaixo de 2,5 kg 2 <input type="checkbox"/> Entre 2,5 e 4 kg 3 <input type="checkbox"/> Acima de 4 kg	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Cesária, marcada COM antecedência 3 <input type="checkbox"/> Cesária, NÃO marcada com antecedência	1 <input type="checkbox"/> Sim → 2 <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="text"/> <input type="text"/> meses
2º	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Abaixo de 2,5 kg 2 <input type="checkbox"/> Entre 2,5 e 4 kg 3 <input type="checkbox"/> Acima de 4 kg	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Cesária, marcada COM antecedência 3 <input type="checkbox"/> Cesária, NÃO marcada com antecedência	1 <input type="checkbox"/> Sim → 2 <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="text"/> <input type="text"/> meses
3º	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Abaixo de 2,5 kg 2 <input type="checkbox"/> Entre 2,5 e 4 kg 3 <input type="checkbox"/> Acima de 4 kg	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Cesária, marcada COM antecedência 3 <input type="checkbox"/> Cesária, NÃO marcada com antecedência	1 <input type="checkbox"/> Sim → 2 <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="text"/> <input type="text"/> meses
4º	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Abaixo de 2,5 kg 2 <input type="checkbox"/> Entre 2,5 e 4 kg 3 <input type="checkbox"/> Acima de 4 kg	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Cesária, marcada COM antecedência 3 <input type="checkbox"/> Cesária, NÃO marcada com antecedência	1 <input type="checkbox"/> Sim → 2 <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="text"/> <input type="text"/> meses
5º	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Abaixo de 2,5 kg 2 <input type="checkbox"/> Entre 2,5 e 4 kg 3 <input type="checkbox"/> Acima de 4 kg	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Cesária, marcada COM antecedência 3 <input type="checkbox"/> Cesária, NÃO marcada com antecedência	1 <input type="checkbox"/> Sim → 2 <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="text"/> <input type="text"/> meses

MUITO OBRIGADO DE NOVO!

Se quiser fazer algum comentário, por favor utilize o espaço abaixo.

