

1 - DADOS PESSOAIS.

Qual a sua IDADE?

1.1. 15 a 25

1.2. 26 a 35

1.3. 36 a 45

1.4. 46 a 55

1.5. 56 a 65

1.6. 66 a 75

1.7. 76 anos ou mais

Qual o seu ESTADO CIVIL?

1.8. Casado(a) ou vivendo com parceiro

1.9. Solteiro(a)

1.10. Viúvo(a)

1.11. Divorciado(a) ou separado(a)

Qual o seu nível de ESCOLARIDADE?

1.12. Fundamental incompleto

1.13. Fundamental completo (concluiu a 8- série)

1.14. Ensino médio

1.15. Superior

1.16. Pós-graduação

2 - INDICADORES DE SAÚDE E COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS.

Com que frequência você considera que DORME BEM?

2.1. Sempre

2.2. Quase sempre

2.3. Às vezes /raramente

Sente-se ESTRESSADO?

2.4. Sempre

2.5. Quase sempre

2.6. Às vezes

2.7. Nunca/raramente

Sente-se TRISTE OU DEPRIMIDO?

2.8. Sempre

2.9. Quase sempre

2.10. Às vezes

2.11. Nunca/raramente

Você precisa tomar MEDICAMENTOS de uso contínuo? (não considerar anticoncepcional)

2.12. Sim, e tomo conforme prescrição médica

2.13. Sim, mas não tomo como deveria

2.14. Sim, mas tomo por conta própria ou por indicação de outras pessoas

2.15. Não

Como você classifica seu ESTADO DE SAÚDE atual?

2.16. Excelente

2.17. Bom

2.18. Regular

2.19. Ruim

Você costuma fazer CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES PREVENTIVOS?

2.20. Sim, regularmente (pelo menos uma vez ao ano)

2.21. Sim, sem regularidade (somente quando preciso)

2.22. Não faço consultas ou exames preventivos

Algun MÉDICO ou outro AGENTE DE SAÚDE já lhe disse que você tem:

PRESSÃO ALTA?

2.23. Não

2.24. Sim

2.25. Não me lembro

2.26. Nunca medi minha pressão

COLESTEROL ALTO?

2.27. Não

2.28 Sim

2.29 Não me lembro

2.30. Nunca fiz exame para medir colesterol

DIABETES?

2.31. Não

2.32. Sim

2.33. Não lembro

2.34. Nunca fiz exame para medir glicose(açúcar) no sangue

Com relação às ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (caminhar, subir escadas, arrumar a casa etc.) você considera que:

2.35. Realiza essas atividades SEM PROBLEMA

2.36 Realiza essas atividades com ALGUMA DIFICULDADE

2.37. Realiza essas atividades com MUITA DIFICULDADE

2.38. DEPENDE DE OUTRAS PESSOAS para realizar essas atividades

Marque se você tem alguma DEFICIÊNCIA ou limitação motora/sensória! mais grave:

VISUAL

2.39. Sim

2.40. Não

AUDITIVA

2.41. Sim

2.42. Não

FÔNICA

2.43. Sim

2.44. Não

FÍSICA (motora)

2.45. Sim

2.46. Não

OUTRA DEFICIÊNCIA

2.47. Sim Qual: _____

2.48. Não

Com relação ao FUMO, você:

2.49. Nunca fumou

2.50. Parou de fumar

2.51. Fuma atualmente

Quantas DOSES DE BEBIDAS ALCOÓLICAS você toma em uma SEMANA NORMAL? (1 dose = ½ garrafa de cerveja, 1 copo de vinho ou 1 dose de uísque/conhaque/cachaça/vodca)

2.52. Nenhuma

2.53. 1 a 7 doses

2.54. 8 a 14 doses

2.55. 15 doses ou mais

Quando você está em ambiente ensolarado, por mais de 30 minutos, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ USA PROTETOR SOLAR, BONÉ OU CHAPÉU, ou outro tipo de proteção contra o sol?

2.56. Sempre

2.57. Quase sempre

2.58. Às vezes

2.59. Nunca/raramente

Qual o seu nível de ESCOLARIDADE?

2.60. Fundamental incompleto

2.61. Fundamental completo (concluiu a 8- série)

2.62. Ensino médio

2.63. Superior

2.64. Pós-graduação

3 - MORADIA E VIDA FAMILIAR.

Quantos FILHOS você tem?

3.1. Nenhum

3.2. 1 ou 2

3.3. 3 ou 4

3.4. Mais de 4 filhos

CONDIÇÕES em que VOCÊ MORA?

3.5. Moro sozinho(a)

3.6. Moro apenas com esposo(a)/companheiro(a)

3.7. Moro com familiares

3.8. Moro em lar para idosos

3.9. Outra condição:

QUANTOS são os DEPENDENTES de sua RENDA?

3.10. Nenhum

3.11. 1 ou 2

3.12. 3 ou 4

3.13. Mais de 4

Como você se SENTE, ATUALMENTE, em relação à sua VIDA NO LAR?

3.14. Muito bem

3.15. Bem

3.16. Mais ou menos

3.17. Mal

3.18. Muito mal

4 - PLANO DE PREVIDÊNCIA & VIDA FINANCEIRA.

Você tem PLANO DE PREVIDÊNCIA complementar?

4.1. Sim

4.2. Não

Com relação à sua moradia (local de residência):

4.3. Moro em casa ou apartamento de minha propriedade, quitada

4.4. Moro em casa ou apartamento de minha propriedade, financiada

4.5. Moro em residência alugada

4.6. Moro com outras pessoas sem pagar aluguel

Como você avalia a participação de sua APOSENTADORIA no orçamento doméstico?

4.7. Cobre 100% do orçamento doméstico, SEM sobra para poupança ou investimento

4.8. Cobre 100% do orçamento doméstico, COM sobra para poupança ou investimento

4.9. Cobre parte do orçamento, necessitando de complementação por outras fontes

Você tem alguma ATIVIDADE REMUNERADA OU NEGÓCIO (outra fonte de renda)?

4.10. Não

4.11. Sim, regularmente

4.12. Sim, ocasionalmente

O que você acha do seu PADRÃO DE VIDA após a aposentadoria:

4.13. Melhorou

4.14. Não se modificou

4.15. Piorou

4.16. Não se aplica

Você mantém contato com seus AMIGOS?

4.17. Sim, regularmente

4.18. Sim, em poucas ocasiões

4.19. Não

5 - HÁBITOS DE LAZER E OCUPAÇÃO DO TEMPO LIVRE.

Como você se sente, atualmente, em relação ao seu LAZER?

5.1. Muito bem

5.2. Bem

5.3. Mais ou menos

5.4. Mal

5.5. Muito mal

Qual é a ATIVIDADE de sua preferência no LAZER?

MARQUE SOMENTE UMA

5.6. Praticar atividades físicas (caminhar, dançar, praticar esportes)

5.7. Assistir televisão

5.8. Usar computador

5.9. Ir ao cinema/teatro

5.10. Ler

- 5.11. Trabalhos manuais/artesanato**
- 5.12. Jogos de mesa (cartas, dominó etc.)**
- 5.13. Cuidar de animais**
- 5.14. Outra:**

Qual o GRAU de DIFICULDADE em realizar às atividades de LAZER de sua preferência?

- 5.15. Nenhuma dificuldade**
- 5.16. Alguma dificuldade, mas é possível realizar a atividade de minha preferência**
- 5.17. Muita dificuldade, não sendo possível realizar a atividade de minha preferência**

Você realiza algum tipo de ATIVIDADE FÍSICA NO SEU LAZER, como: exercícios físicos (ginástica, caminhada, corrida), esportes, danças ou artes marciais?

- 5.18. Sim, 1 ou 2 vezes por semana**
- 5.19. Sim, 3 ou 4 vezes por semana**
- 5.20. Sim, 5 ou mais vezes por semana**
- 5.21. NÃO, MAS ESTOU INTERESSADO em praticar atividades físicas no meu lazer**

TIPO PRINCIPAL DE ATIVIDADE FÍSICA que você pratica no seu lazer?

MARQUE SOMENTE UMA

- 5.22. Caminhada/corrída**
- 5.23. Andar de bicicleta**
- 5.24. Natação/Hidroginástica**
- 5.25. Dança/atividades rítmicas**
- 5.26. Ginástica/Musculac o**
- 5.27. Artes marciais/lutas**
- 5.28. Esportes com bola (futebol, basquete, voleibol etc.)**
- 5.29. Yoga/Tai-Chi-Chuan**
- 5.30. Outra:**
- 5.31. NÃO PRATICO ATIVIDADES FÍSICAS NO LAZER**

Quais MEIOS de COMUNICAÇÃO que você costuma utilizar para manter-se INFORMADO?

TV aberta

5.32. Sim

5.33. Não

TV a cabo

5.34. Sim

5.35. Não

Revistas

5.36. Sim

5.37. Não

Jornais

5.38. Sim

5.39. Não

Rádio

5.40. Sim

5.41. Não

Internet

5.42. Sim

5.43. Não

Outro

5.44. Sim. Qual: _____ -

5.45. Não

Quantas HORAS (em média) você assiste TELEVISÃO num DIA DE SEMANA normal?

5.46. até 1 hora

5.47. 2h

5.48. 3h

5.49. 4h

5.50. NÃO ASSISTO televisão

Quantas HORAS (em média) você assiste TELEVISÃO num DIA DE FINAL DE SEMANA?

5.51. até 1 hora

5.52. 2h

5.53. 3h

5.54. 4h

5.55. NÃO ASSISTO televisão

Você usa INTERNET?

5.56. Sim, em casa

5.57. Sim, em local público

5.58. Sim, em outro local

5.59. Não, e não tenho interesse em usar internet

5.60. Não, mas tenho quem acesse por mim

Com qual frequência costuma usar a INTERNET?

5.61. Quase todos os dias da semana

5.62. Um ou dois dias por semana

5.63. A cada 7 dias

5.64. Não uso a internet

Você possui endereço de E-MAIL?

5.65. Sim, possuo e verifico minha caixa de entrada com frequência

5.66. Sim, mas verifico minha caixa de entrada eventualmente

5.67. Não possuo e-mail

Você participa de alguma das REDES SOCIAIS da internet abaixo mencionadas?

Facebook

5.68. Sim

5.69. Não

Twitter

5.70. Sim

5.71. Não

Instagram

5.72. Sim

5.73. Não

Pinterest

5.74. Sim

5.75. Não

WhatsApp

5.76. Sim

5.77. Não

Messenger

5.78. Sim

5.79. Não

Skype

5.80. Sim

5.81. Não

Marque os SITES ON LINE da internet que você costuma utilizar.

Youtube

5.82. Sim

5.83. Não

MSN

5.84. Sim

5.85. Não

Salas de bate papo

5.86. Sim

5.87. Não

Blogs

5.88. Sim

5.89 Não

Você participa de grupos voluntários ou de ações comunitárias em sua cidade?

5.90. Sim

5.91. não

Você se considera uma pessoa RELIGIOSA?

5.92. Sim, praticante

5.93. Sim, não praticante

5.94. Não

6 - HÁBITOS ALIMENTARES & CONTROLE DE PESO.

Qual o seu PESO?

6.1. _____ kg

Qual a sua ALTURA?

6.2. _____ metros

Você está SATISFEITO(A) com o seu peso?

6.3. Sim

6.4. Não (gostaria de diminuir)

6.5. Não (gostaria de aumentar)

Durante a semana, onde você geralmente faz a SUAS REFEIÇÕES?

6.6. Em casa, e eu mesmo preparo minhas refeições

6.7. Em casa, mas tenho alguém que cozinha para mim

6.8. Utilizo serviço de entrega domiciliar

6.9. Frequento lanchonetes ou restaurantes

Em quantos dias de uma semana normal você TOMA CAFÉ DA MANHÃ?

6.10. Nenhum

6.11. 1 dia

6.12. 2 dias

6.13. 3 dias

6.14. 4 dias

6.15. 5 dias

6.16. 6 dias

6.17. 7 dias

Em quantos dias de uma semana normal você COME FRUTAS ou TOMA SUCOS NATURAIS?

6.18. Nenhum

6.19. 1 dia

6.20. 2 dias

6.21. 3 dias

6.22. 4 dias

6.23. 5 dias

6.24. 6 dias

6.25. 7 dias

Em quantos dias de uma semana normal você COME VERDURAS ou SALADAS

6.26. Nenhum

6.27. 1 dia

6.28. 2 dias

6.29. 3 dias

6.30. 4 dias

6.31. 5 dias

6.32. 6 dias

6.33. 7 dias

Muito obrigado! Suas respostas nos ajudarão a entender suas expectativas.