

## **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**

**Algum 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 prática no seu lazer?**

**MARQUE SOMENTE UMA**

**5.22. Caminhada/corrida**

**5.23. Andar de bicicleta**

**5.24. Natação/Hidroginástica**

**5.25. Dança/atividades rítmicas**

**5.26. Ginástica/Musculação**

**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 preparamos 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.*