

1. Bloco de consentimento

Meu nome é , eu poderia falar com o(a) Sr. ?

Sr(a) eu sou entrevistador(a) do Estudo EpiFloripa COVIDTel da Universidade Federal de Santa Catarina. Conforme agendamos, estou entrando em contato para fazer algumas perguntas ao senhor sobre o impacto da pandemia da COVID-19 na sua vida.

Gostaria de avisar o senhor que as informações fornecidas serão totalmente confidenciais.

Se o (a) Sr. (a) sentir constrangimento ao responder a alguma pergunta, terá liberdade para não responder ou para interromper o preenchimento do questionário a qualquer momento.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, durante a sua participação ou posteriormente, o (a) Sr. (a) pode entrar em contato conosco por meio dos contatos que lhe passarei.

Informamos que o sigilo das informações é garantido pela Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (Lei de Acesso à Informação) e pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Reforçamos que sua participação na pesquisa é voluntária, você não é obrigado a participar e, mesmo que comece a responder ao questionário, pode desistir da entrevista ou interrompê-la a qualquer momento. Somente ressaltamos que sua participação é muito importante para a vigilância em saúde no nosso município e para o planejamento e monitoramento das ações de saúde.

O(a) Sr(a) concorda e aceita participar da pesquisa?

Concorda com os termos lidos e aceita participar da pesquisa?

- Não
 Sim
(Preencha somente após ler o enunciado acima para o participante. Em caso de recusa, óbito ou perda, assinale "Não".)

Qual o status da entrevista com o idoso?

- Entrevista realizada
 Recusa
 Perda (após 3 tentativas de ligação)
 Óbito - Diga: Sinto muito pela sua perda!

Se o status for óbito, informar a data do óbito:

(Inserir 9999 se o informante não sabe ou não quer informar)

Local do óbito (cidade/estado):

(Inserir 9999 se o informante não sabe ou não quer informar)

Causa do óbito:

(Inserir 9999 se o informante não sabe ou não quer informar)

Motivo da recusa:

Quem responde?

- Idoso
- Informante

Nome do informante:

Nome do entrevistador

Data e hora da entrevista

Número de identificação do EpiFloripa Idoso

(Copiar da planilha disponibilizada número "ID")

Nome do(a) idoso(a)

2. Bloco dados sociodemográficos

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O(A) SENHOR(A), SUA FAMÍLIA E SUA CASA.

Neste momento o(a) Sr(a) está?

- Casado(a)/com companheiro(a)
- Solteiro(a)
- Divorciado(a)/separado(a)
- Viúvo(a)
- Não sabe ou não quer informar

O(a) Sr(a) vive com cônjuge ou companheiro(a)?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

O(a) Sr(a) tem cuidador? É uma pessoa que lhe ajuda nas suas atividades diárias como tomar banho, vestir-se, alimentar-se ou ajudar a tomar seus remédios.

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

Quem é seu principal cuidador?

- Esposo(a)/companheiro(a)
- Filho(a)/Neto(a)
- Cuidador formal (pessoa contratada para cuidar do idoso)
- Outros
- Sem cuidador fixo
- Não sabe ou não quer informar

O(a) senhor(a) mora só?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

O(a) senhor(a) mora com cuidador profissional?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

O(a) senhor(a) mora com o(a) cônjuge/companheiro(a)?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

O(a) senhor(a) mora com outros de sua geração [irmã(o), cunhada(o), amigo(a)]?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

O(a) senhor(a) mora com filhos?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

O(a) senhor(a) mora com netos?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

Quantas pessoas moram com o(a) Sr(a)? (exceto o(a) idoso(a))

O(a) Sr.(a) tem algum trabalho remunerado atualmente?

- Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Como a pandemia afetou a sua Ocupação/trabalho?

- Continuei trabalhando
 Continuei trabalhando, mas em casa (home office)
 Comecei a trabalhar após a pandemia
 Tive férias remuneradas
 Perdi o emprego
 Fiquei sem trabalhar
 Não sabe ou não quer informar

Qual a renda total do domicílio? (Considerando a do senhor e das pessoas que moram com você).

(Insira o valor sem ponto e sem vírgula, conforme exemplo. Insira 9999 caso a pessoa não saiba ou não queira informar.)

Como a pandemia afetou a renda da família?

- Aumentou
 Foi mantida igual
 Diminuiu um pouco
 Diminuiu muito
 Ficamos sem rendimento
 Não sabe ou não quer informar

Alguém do domicílio recebeu algum benefício financeiro do governo relacionado à pandemia do novo coronavírus?

- Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

3. Bloco Pandemia e COVID-19

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS PARA SABER COMO A PANDEMIA AFETOU/MUDOU A SUA VIDA EM RELAÇÃO À INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS.

Você apresentou algum desses sinais ou sintomas desde o início da pandemia?

Febre? Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Calafrios? Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Dor de cabeça? Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Tosse seca? Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Tosse com catarro? Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Falta de ar? Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Fadiga ou cansaço? Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Dor de garganta? Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Coriza? (nariz escorrendo) Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Congestão nasal? (nariz entupido) Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Náusea ou vômitos? Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Diarréia? Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Dores nas articulações? Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Mialgia/ Artralgia? (dor muscular ou dor no corpo) Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Confusão mental? (agressividade, alucinações) Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Perda do olfato? (não conseguia/consegue sentir o cheiro das coisas) Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Algum morador apresentou algum dos sintomas anteriores nos últimos 15 dias? Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Se sim, quais? Febre
 Calafrios
 Dor de cabeça
 Tosse seca
 Tosse com catarro
 Falta de ar
 Fadiga ou cansaço
 Dor de garganta
 Coriza (nariz escorrendo)
 Congestão nasal (nariz entupido)
 Náusea ou Vômitos
 Diarreia
 Dores nas articulações
 Mialgia/ Artralgia (dor muscular ou dor no corpo)
 Confusão mental (agressividade, alucinações)
 Perda do olfato (não conseguia/consegue sentir o cheiro das coisas)
 Outro

Se outro, descrever: _____

O(a) Sr(a) fez o teste para saber se estava infectado(a) pelo vírus da COVID-19? Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

O resultado do teste foi positivo? Não
 Sim
 Não recebi o resultado
 Não sabe ou não quer informar

Qual teste foi realizado?

- Teste rápido (aquele que é realizado um furinho no seu dedo e colocam uma gota de sangue em uma placa)
- RT-PCR (aquele que colocam um cotonete grande no seu nariz e boca para coletar secreção)
- Sorológico (aquele que o senhor retira uma amostra de sangue)
- Não sabe ou não quer informar

Qual foi a data em que o(a) Sr(a) realizou este exame com resultado positivo?

(Insira a data conforme exemplo. Insira 9999 caso a pessoa não saiba ou não queira informar.)

O(a) senhor(a) precisou de internação por conta do novo coronavírus?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

Algum familiar, amigo próximo ou colega de trabalho teve caso grave, precisando ficar internado devido ao novo coronavírus?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

Esta pessoa faleceu por causa do novo coronavírus?

- Não
- Sim (Diga: Sinto muito pela sua perda!)
- Não sabe ou não quer informar

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A VACINA DA COVID-19.

O(a) Sr(a) tomou a primeira dose da vacina contra a COVID-19?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

Caso o(a) idoso(a) tenha tomado a vacina, solicite que ele(a) pegue o cartão de vacinação.

Qual o nome da vacina que você tomou?

- Coronavac (Sinovac/Butantan)
- AstraZeneca (Oxford/Fiocruz)
- Pfizer (BioNTech)
- Janhsen (Johnson & Johnson)
- Covaxin
- Sputnik V
- Outra
- Não sabe ou não quer informar

Qual a data da primeira dose ou dose única?

(Insira a data conforme exemplo. Insira 9999 caso a pessoa não saiba ou não queira informar.)

O(a) Sr(a) tomou a segunda dose da vacina contra a COVID-19?

- Não
- Sim
- Não se aplica, o participante tomou vacina de dose única
- Não sabe ou não quer informar

Qual a data da segunda dose?

(Insira a data conforme exemplo. Insira 9999 caso a pessoa não saiba ou não queira informar ou 8888 caso seja dose única.)

O(a) Sr(a) tomou a dose de reforço contra a COVID-19?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

Nos primeiros 6 meses da pandemia, como o(a) Sr(a) agiu diante das restrições no contato com as pessoas?

- Não fez nada, levou a vida normal
- Procurou tomar cuidados, ficar à distância das pessoas, reduzir um pouco o contato, não visitar outras pessoas, mas continuou trabalhando e/ou saindo
- Ficou em casa só saindo para compras em supermercado e farmácia.
- Ficou rigorosamente em casa, saindo só por necessidades de atendimento à saúde.
- Não sabe ou não quer informar

Durante a pandemia, o(a) Sr(a) precisou sair de casa para ir ao mercado, farmácia ou banco para alguma outra pessoa que o(a) Sr(a) ficou responsável?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

Quem foi a pessoa que o Sr(a) ficou responsável ou precisou ajudar?

- Cônjuge/companheiro(a)
- Neto(a)
- Filho(a)
- Amigo(a)
- Pai ou mãe
- Outro familiar
- Não sabe ou não quer informar

Qual a idade desta pessoa?

4. Bloco Saúde Geral

AGORA VOU LHE FAZER PERGUNTAS SOBRE A SUA SAÚDE, EM GERAL, E OS PROBLEMAS QUE VOCÊ ENFRENTOU DURANTE OU APÓS A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS.

Em geral, como você avalia sua saúde?

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Ruim
- Muito ruim
- Não sabe ou não quer informar

Você acha que a pandemia provocou mudanças no seu estado de saúde?

- Ficou igual
- Melhorou
- Piorou um pouco
- Piorou muito
- Não sabe ou não quer informar

Algum médico ou profissional de saúde já lhe deu o diagnóstico de alguma dessas doenças?

	Não	Sim	Não sabe ou não quer informar
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensão/ Pressão alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença do coração ou cardiovascular/ Angina / Infarto / Insuficiência cardíaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acidente vascular cerebral / derrame	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

O(a) Sr(a) sente que tem dificuldade para ouvir?
(Se o(a) idoso(a) referir que usa aparelho auditivo, pergunte se mesmo assim ele(a) sente dificuldade para ouvir)

Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

O(a) Sr(a) usa aparelho auditivo?

Não
 Sim, em uma orelha
 Sim, nas duas orelhas
 Não sabe ou não quer informar

Em geral, o(a) Sr(a) diria que sua audição é:

Excelente
 Muito boa
 Boa
 Regular
 Ruim
 Não se aplica
 Não sabe ou não quer informar

Você acha que a pandemia provocou mudanças na qualidade da sua audição?

Ficou igual
 Melhorou
 Piorou um pouco
 Piorou muito
 Não sabe ou não quero informar

O(a) Sr(a) sofreu alguma queda no último ano?

Não
 Sim
 Não se aplica
 Não sabe ou não quer informar

Quantas vezes o(a) Sr.(a) caiu no último ano?

(Preencher "9999" caso a pessoa não saiba ou não queira informar.)

5. Bloco MOCA

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS PARA AVALIAR SUA ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO, MEMÓRIA, LINGUAGEM E ORIENTAÇÃO.

Este é um teste de memória. Eu lerei uma lista de palavras que você deverá lembrar-se agora e mais tarde. Ouça com atenção. Quando eu terminar, me diga todas as palavras que você puder lembrar. Não importa a ordem que você as diga.

(Leia as palavras abaixo pausadamente)

Rosto

Veludo

Igreja

Margarida

Vermelho

Quando o sujeito indicar que terminou (lembrou-se de todas as palavras), ou que não se lembra de mais nenhuma palavra, leia a lista pela segunda vez com as seguintes instruções:

Eu lerei a mesma lista pela segunda vez. Tente se lembrar e me diga todas as palavras que você puder, incluindo palavras ditas da primeira vez.

Rosto

Veludo

Igreja

Margarida

Vermelho

- 1) Eu lhe direi alguns números e quando eu terminar, repita na ordem exata que eu os disse. Errado Correto

(O sujeito deve repetir a sequência em ordem direta)

2 1 8 5 4

-
- 2) Agora eu lhe direi mais alguns números, porém, quando eu terminar você deverá repeti-los para mim na ordem inversa.

Errado Correto

O sujeito deve repetir a sequência em ordem indireta (de trás para frente)

7 4 2

Eu lerei uma sequência de letras. Toda a vez que eu disser a letra "A", bata a mão uma vez em alguma superfície, pode ser uma mesa. Vamos fazer um teste? Pode bater com a palma de sua mão em uma mesa para eu ver se lhe ouço?

(Caso não seja possível ouvir, peça para a pessoa repetir a letra "A" após você falar ela.)

- 3) Vamos começar, bata a mão toda a vez que eu disser a letra "A", se eu disser uma letra diferente, não bata a sua mão

- Dois ou mais erros
 Nenhum ou um erro

F B A C M N A A J K L B A
F A K D E
A A A J A M O F A

Agora eu lhe pedirei para que você subtraia (diminua) sete a partir de 100, e então siga subtraindo sete da sua resposta até eu lhe disser que pare. Está preparado(a)?

- 4) Então quanto é $100-7$? Errou todas
 Acertou uma
 Acertou duas ou três
 Acertou quatro ou cinco
- As respostas devem ser:
- 93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65

- 5) Eu vou ler uma sentença para você. Repita depois de mim, exatamente como eu disser: Errado Correto

"Eu somente sei que é João quem será ajudado hoje".

- 6) Agora eu vou ler outra sentença. Repita-a depois de mim, exatamente como eu disser: Errado Correto

"O gato sempre se esconde embaixo do sofá quando o cachorro está na sala".

Diga-me quantas palavras você puder pensar que comecem com uma certa letra do alfabeto que eu lhe direi em um minuto. Você pode dizer qualquer tipo de palavra que quiser, exceto nomes próprios (como Beto ou Bauru), números, ou palavras que começam com os mesmos sons como por exemplo, amor, amante, amando.

Eu direi para o(a) Sr(a) parar após 1 minuto. Você está pronto(a)?

(Lembre-se de iniciar a contagem por 1 minuto).

- 7) Agora, me diga quantas palavras você pode pensar que começam com a letra F.

(Marcar como correta se o sujeito falar 11 palavras ou mais em 60 segundos).

Errado Correto
(Marcar como correta se o participante falar 11 palavras ou mais em 60 segundos)

Diga-me em que uma laranja e uma banana são semelhantes?

Se o sujeito responde de maneira concreta (tem casca), então somente diga uma vez adicional:

Me diga de outra forma em que estes dois itens são parecidos. Se o sujeito não der a resposta apropriada (fruta), diga, sim, e elas são ambas frutas.

8) Agora me diga em que um trem e uma bicicleta são parecidos? Errado Correto

9) Agora me diga em que uma régua e um relógio são parecidos? Errado Correto

Anteriormente eu li algumas palavras para você, as quais eu pedi que você se lembrasse. Me diga quantas dessas palavras você pode lembrar.

	Errado	Certo
10) Rosto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Veludo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Igreja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Margarida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Vermelho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>		
15) Qual o dia do mês?	<input type="radio"/> Errado	<input type="radio"/> Correto
<hr/>		
16) Em qual mês estamos?	<input type="radio"/> Errado	<input type="radio"/> Correto
<hr/>		
17) Em que ano estamos?	<input type="radio"/> Errado	<input type="radio"/> Correto
<hr/>		
18) Qual o dia da semana?	<input type="radio"/> Errado	<input type="radio"/> Correto
<hr/>		
19) Em que lugar o Sr. ou a Sra. está?	<input type="radio"/> Errado	<input type="radio"/> Correto
<hr/>		
20) Em que cidade estamos?	<input type="radio"/> Errado	<input type="radio"/> Correto

6. Bloco Constructo Social

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE RELAÇÕES SOCIAIS.

Com que frequência o(a) Sr(a) sente que não tem companhia?

- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Não sabe ou não quer informar

Com que frequência o(a) Sr(a) se sente deixado(a) de lado?

- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Não sabe ou não quer informar

Com que frequência o(a) Sr(a) se sente isolado(a) das outras pessoas?

- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Não sabe ou não quer informar

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE OS SEUS CONTATOS COM FAMILIARES E AMIGOS QUE NÃO MORAM COM O(A) SR(A). Lembrar o entrevistado(a) que considere como ver ou falar, tanto o contato pessoalmente quanto por telefone, Skype ou chamada de vídeo ou WhatsApp.

Com que frequência o(a) Sr(a) vê ou fala com familiares que não moram na sua casa?

- Nunca
- Pelo menos uma vez por ano
- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por semana
- Não sabe ou não quer informar

Com que frequência o(a) Sr.(a) se relaciona com familiares utilizando outras formas de contato como carta, e-mail ou mensagens de texto/whatsapp?

- Nunca
- Pelo menos uma vez por ano
- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por semana
- Não sabe ou não quer informar

Com que frequência o(a) Sr.(a) vê ou fala com amigos?

- Nunca
- Pelo menos uma vez por ano
- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por semana
- Não sabe ou não quer informar

Com que frequência o(a) Sr.(a) se relaciona com amigos utilizando outras formas de contato como carta, e-mail ou mensagens de texto?

- Nunca
- Pelo menos uma vez por ano
- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por semana
- Não sabe ou não quer informar

No período da pandemia você tem/teve alguém a quem recorrer quando precisa/precisou de ajuda?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE ATIVIDADES SOCIAIS. O(A) SR.(A) FREQUENTA:

O(a) Sr.(a) frequenta grupos de convivência ou religioso?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

Com que frequência o(a) Sr.(a) participa dos grupos de convivência ou religioso?

- Uma vez por semana
- Duas ou mais vezes por semana
- Uma ou duas vezes por mês
- Menos de uma vez por mês
- Não sabe ou não quer informar

7. Bloco Acesso à Serviços de Saúde

VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE AS DIFICULDADES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO PERÍODO DA PANDEMIA.

O(a) Sr(a) tem plano de saúde?

- Não
- Sim, como titular
- Sim, como dependente
- Não sabe ou não quer informar

Nos últimos três meses o (a) Sr(a) consultou com um médico?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

Qual o principal motivo pelo qual o (a) Sr(a) procurou esse atendimento?

- Acidente ou lesão
- Doença
- Atestado de saúde
- Para fazer consulta de rotina (ou Check-up)
- Outros atendimentos preventivos
- Sintomas inespecíficos
- Suspeita do novo coronavírus ou infecção respiratória
- Problema de saúde mental
- Lesão provocada por agressão ou outra violência
- Não sabe ou não quer informar

Você conseguiu o atendimento?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

Esse serviço de saúde onde o(a) Sr.(a) foi atendido era:

- Público (SUS)
- Particular (pago)
- Por convênio (plano de saúde)
- Não sabe ou não quer informar

Para esse problema, precisou de internação?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

Conseguiu internação?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

No período da pandemia, você teve alguma dessas dificuldades relacionadas aos cuidados à sua saúde?

- Marcar consulta
- Conseguir atendimento de saúde
- Conseguir medicamentos
- Realizar exames solicitados
- Realizar intervenções programadas
- Conseguir vaga para internação
- Cancelamento de consulta
- Cancelamento de cirurgia
- Nenhuma dificuldade
- Não sabe ou não quer informar

8. Bloco Mudanças de Comportamentos na Pandemia

AGORA VAMOS FAZER PERGUNTAS SOBRE MUDANÇAS DE COMPORTAMENTOS DURANTE A PANDEMIA.

Quanto ao tabagismo:

Você fuma ou fumou cigarros?

- Não
- Fumou e parou
- Fuma atualmente
- Não sabe ou não quer informar

Durante a pandemia, em média, quantos cigarros você passou a fumar por dia?

- Menos que 1 por dia
- De 1 a 9 cigarros
- De 10 a 19 cigarros
- De 20 a 29 cigarros
- De 30 a 39 cigarros
- 40 ou mais cigarros
- Não sabe ou não quer informar

Quanto ao fumo passivo:

Durante a pandemia, algum morador fuma ou fumou dentro do domicílio?

- Não
- Sim, com maior frequência do que usualmente
- Sim, com menor frequência do que usualmente
- Não sabe ou não quer informar

Quanto ao consumo de álcool

Com que frequência o(a) Sr(a) toma bebidas alcoólicas?

- Nunca
 Mensalmente ou menos
 De 2 a 4 vezes por mês
 De 2 a 3 vezes por semana
 4 ou mais vezes por semana
 Não sabe ou não quer informar

Quantas doses de álcool o(a) Sr(a) toma normalmente ao beber? (Ver quadro de equivalência de dose padrão abaixo)

- 1 ou menos
 2 ou 3
 4 ou 5
 6 ou 7
 8 ou mais
 Não sabe ou não quer informar

Com que frequência o(a) Sr(a) toma cinco ou mais doses de uma vez? (Ver quadro de equivalência de dose padrão abaixo)

- Nunca
 Menos que 1 vez ao mês
 Mensalmente
 Semanalmente
 Todos ou quase todos os dias
 Não sabe ou não quer informar

Dose de álcool

LISTA DE IMAGENS – QUESTIONÁRIO SOBRE ÁLCOOL (AUDIT-QUESTÕES 148-157)

				
Lata de Cerveja	Garrafa de Cerveja	Copo de 250 ml (requeijão)	Taça de Vinho	Garrafa de Vinho
				
Copo Americano	Garrafa de Vodca, Cachaça	Dose de uísque		

Quadro de Equivalência de Dose Padrão (questões 149 e 150)

- **CERVEJA:**
 - 1 lata de cerveja: 1 dose
 - 1 garrafa de cerveja: 2 doses
- **VINHO:**
 - 1 copo de vinho (250 ml): 2 doses
 - 1 taça de vinho (150 ml): 1 dose
 - 1 garrafa de vinho: 8 doses

- **CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE, OU CONHAQUE:**
 - ½ copo americano (60 ml): 1,5 doses
 - 1 garrafa: mais de 20 doses
- **UÍSQUE, RUM, LICOR:**
 - 1 dose "de dosador": 1 dose

Durante a pandemia:

- Não consumiu bebida alcoólica
- Continuou bebendo com a mesma frequência
- Está bebendo mais do que costumava
- Está bebendo menos do que costumava
- Tinha parado de beber, mas começou a beber novamente
- Não sabe ou não quer informar

9. Bloco Alimentação

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO.

Usualmente, antes da pandemia, em quantos dias da semana costumava comer esses alimentos?

- 1) Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a) costuma comer legumes e verduras cruas ou cozidas como saladas junto com a comida ou na sopa, sem contar batata aipim ou inhame?
- Nenhum
 1 dia por semana
 2 dias por semana
 3 dias por semana
 4 dias por semana
 5 dias por semana
 6 dias por semana
 7 dias por semana
 Não sabe ou não quer informar
-
- 2) Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer frutas?
- Nenhum
 1 dia por semana
 2 dias por semana
 3 dias por semana
 4 dias por semana
 5 dias por semana
 6 dias por semana
 7 dias por semana
 Não sabe ou não quer informar
-
- 3) Você sabe seu peso (em quilos)? (Mesmo que seja valor aproximado)
- _____
- (Insira 9999 se não sabe ou não quer informar)
-
- 4) Você sabe a sua altura (em centímetros)? (Mesmo que seja valor aproximado)
- _____
- (Insira 9999 se não sabe ou não quer informar)
-
- 5) Índice de Massa Corporal
- _____

10. Bloco Atividade Física e Tempo Sedentário

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEU NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E TEMPO SEDENTÁRIO.

NÓS ESTAMOS INTERESSADOS EM SABER QUE TIPO DE ATIVIDADE FÍSICA O(A) SR(A) FAZ COMO PARTE DO SEU DIA A DIA. AS PERGUNTAS ESTÃO RELACIONADAS AO TEMPO QUE O(A) SR(A) GASTA FAZENDO ATIVIDADE FÍSICA EM UMA SEMANA NORMAL/HABITUAL.

ATIVIDADE FÍSICA É TODO E QUALQUER MOVIMENTO CORPORAL. POR FAVOR, CONSIDERE APENAS AS ATIVIDADES FÍSICAS QUE O(A) SR(A) REALIZA POR DEZ MINUTOS SEGUIDOS OU MAIS.

AS PRÓXIMAS QUESTÕES SE REFEREM À FORMA COMO O(A) SR(A) SE DESLOCOU (CAMINHOU OU PEDALOU) PARA IR DE UM LUGAR A OUTRO NA ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO IR AO SUPERMERCADO, FARMÁCIA, AO GRUPO DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS, IGREJA, CINEMA, LOJAS, TRABALHO E OUTROS. PENSE SOMENTE NAS CAMINHADAS OU PEDALADAS QUE O(A) SR(A) FAZ POR PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS NA ÚLTIMA SEMANA HABITUAL.

Em quantos dias durante a ÚLTIMA SEMANA o(a) Sr(a) andou de bicicleta para ir de um lugar para outro por pelo menos 10 MINUTOS contínuos? (NÃO inclua o pedalar por lazer ou exercício, apenas para se deslocar).

- Nenhum
- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 dias por semana
- 6 dias por semana
- 7 dias por semana
- Não sabe ou não quer informar

Nos dias que o (a) Sr(a) pedalou para ir de um lugar para outro, quanto tempo no total o(a) Sr(a) pedalou POR DIA?

Hora(s)

(Insira 0 caso a pessoa responda apenas minutos.
Insira 9999 se não sabe/não quer responder)

Minutos

(Insira 0 caso a pessoa responda apenas hora(s).
Insira 9999 se não sabe/não quer responder)

Tempo de bike em minutos totais

Quantos dias durante a ÚLTIMA SEMANA o(a) Sr.(a) caminhou para ir de um lugar para outro, como: ir ao trabalho, supermercado, farmácia, ao grupo de convivência para idosos, igreja, médico, banco, visita a amigo, vizinho e parentes por pelo menos 10 minutos contínuos? (NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

- Nenhum
 1 dia por semana
 2 dias por semana
 3 dias por semana
 4 dias por semana
 5 dias por semana
 6 dias por semana
 7 dias por semana
 Não sabe ou não quer informar

Nos dias que o(a) Sr.(a) caminhou para ir de um lugar para outro, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gastou POR DIA? (NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

Hora(s)

(Insira 0 caso a pessoa responda apenas minutos.
Insira 9999 se não sabe/não quer responder)

Minutos

(Insira 0 caso a pessoa responda apenas hora(s).
Insira 9999 se não sabe/não quer responder)

Tempo de caminhada de deslocamento em minutos totais

Nos dias que o(a) Sr.(a) caminhou para ir de um lugar a outro, qual foi o seu destino?			
	Não	Sim	Não sabe / Não quer informar
Banco ou lotérica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Restaurante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Padaria ou Confeitaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farmácia ou Drogaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salão de beleza ou Barbeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seu trabalho ou Sua escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Academia de ginástica (privada/pública)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parque ou Praça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Igreja ou Templo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serviço de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Casa de parentes e/ou amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se outro, descrever:

ESTA PRÓXIMA PARTE SE REFERE ÀS ATIVIDADES FÍSICAS QUE O(A) SR(A) FEZ EM UMA SEMANA NORMAL/HABITUAL UNICAMENTE POR LAZER, RECREAÇÃO, EXERCÍCIO OU ESPORTE. NOVAMENTE PENSE SOMENTE NAS ATIVIDADES FÍSICAS QUE VOCÊ FAZ POR PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS. POR FAVOR NÃO INCLUA ATIVIDADES QUE VOCÊ JÁ TENHA CITADO.

Sem contar qualquer caminhada que o(a) Sr.(a) tenha citado anteriormente, em quantos dias durante a ÚLTIMA SEMANA, o(a) Sr.(a) CAMINHOU (lazer ou exercício físico) no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos contínuos?

- Nenhum
- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 dias por semana
- 6 dias por semana
- 7 dias por semana
- Não sabe ou não quer informar

Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou no seu tempo livre/lazer, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gastou POR DIA?

Horas

(Insira 0 caso a pessoa responda apenas minutos.
Insira 9999 se não sabe/não quer responder)

Minutos

(Insira 0 caso a pessoa responda apenas hora(s).
Insira 9999 se não sabe/não quer responder)

Tempo de caminhada de lazer em minutos totais

Em que local você realizou essa caminhada? (Não leia as opções, apenas marque o que o idoso responder)

- Em casa
- Na rua próximo de casa
- Casa de amigos e parentes
- Em seu trabalho
- No parque, praça ou orla marítima
- Academia de ginástica
- Ciclovía
- Pista de caminhada
- Outro

Se outro, descrever:

Em quantos dias na ÚLTIMA SEMANA, o(a) Sr.(a) fez atividades MODERADAS no seu tempo livre, como por exemplo: ginástica, hidroginástica, jogar voleibol recreativo, dançar por pelo menos 10 minutos contínuos? Lembrando que atividades MODERADA são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais forte do que o normal.

- Nenhum
- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 dias por semana
- 6 dias por semana
- 7 dias por semana
- Não sebe ou não quer informar

Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez estas atividades moderadas no seu tempo livre, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gastou POR DIA?

Hora(s)

(Insira 0 caso a pessoa responda apenas minutos.
Insira 9999 se não sabe/não quer responder)

Minutos

(Insira 0 caso a pessoa responda apenas hora(s).
Insira 9999 se não sabe/não quer responder)

Tempo em minutos totais de AF moderada no lazer

Em que local você realizou essas atividades moderadas? (Não leia as opções, apenas marque o que o idoso responder)

- Em casa
- Na rua próximo de casa
- Casa de amigos e parentes
- Em seu trabalho
- No parque, praça ou orla marítima
- Academia de ginástica
- Ciclovía
- Pista de caminhada
- Outro

Se outro, descrever:

Qual foi o tipo de atividade moderada que você realizou no seu tempo livre? (ginástica, hidroginástica, jogar voleibol recreativo, dançar por pelo menos 10 minutos contínuos)

(Informe a predominante)

Em quantos dias na última semana, o(a) Sr.(a) fez atividades VIGOROSAS no seu tempo livre como: correr, nadar rápido, musculação, enfim, esportes em geral, por pelo menos 10 minutos contínuos? Lembrando que atividades VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar muito mais forte do que o normal.

- Nenhum
- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 dias por semana
- 6 dias por semana
- 7 dias por semana
- Não sebe ou não quer informar

Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez estas atividades vigorosas no seu tempo livre, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gastou POR DIA?

Hora(s)

(Insira 0 caso a pessoa responda apenas minutos.
Insira 9999 se não sabe/não quer responder)

Minutos

(Insira 0 caso a pessoa responda apenas hora(s).
Insira 9999 se não sabe/não quer responder)

Tempo total em minutos de AF vigorosa no lazer

Em que local você realizou essas atividades vigorosas? (Não leia as opções, apenas marque o que o idoso responder)

- Em casa
- Na rua próximo de casa
- Casa de amigos e parentes
- Em seu trabalho
- No parque, praça ou orla marítima
- Academia de ginástica
- Ciclovía
- Pista de caminhada
- Outro

Se outro, descrever:

Qual foi o tipo de atividades vigorosas que você realizou no seu tempo livre? (corrida, dança, jumping por pelo menos 10 minutos contínuos)

(Informe a predominante)

AGORA GOSTARÍAMOS DE SABER QUE TIPO DE ATIVIDADE O(A) SR(A) REALIZOU NA POSIÇÃO SENTADO OU RECLINADO.

Quantos dias na última semana o(a) Sr(a) assistiu televisão ou vídeo/DVD?

- Nenhum
- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 dias por semana
- 6 dias por semana
- 7 dias por semana
- Não sabe ou não quer informar

Nesses dias, em média quanto tempo o(a) Sr(a) passou assistindo televisão ou vídeo/DVD?

Hora(s)

(Insira 0 caso a pessoa responda apenas minutos.
Insira 9999 se não sabe/não quer responder)

Minutos

(Insira 0 caso a pessoa responda apenas hora(s).
Insira 9999 se não sabe/não quer responder)

Tempo sedentário de televisão/DVD total

Quantos dias na última semana o(a) Sr(a) usou o computador/internet?

- Nenhum
- 1 dia por semana
- 2 dias por semana
- 3 dias por semana
- 4 dias por semana
- 5 dias por semana
- 6 dias por semana
- 7 dias por semana
- Não sabe / Não quer informar

Nesses dias, em média quanto tempo o(a) Sr(a) passou usando o computador/internet?

Hora(s)

(Insira 0 caso a pessoa responda apenas minutos.
Insira 9999 se não sabe/não quer responder)

Minutos

(Insira 0 caso a pessoa responda apenas hora(s).
Insira 9999 se não sabe/não quer responder)

Tempo sedentário de computador/internet total

Nos últimos três meses, durante a pandemia, com que frequência você utilizou algum parque/praça/orla marítima próximo de sua residência?

- Nunca
 Todos os dias semana
 2 a 3 dias por semana
 1 vez por semana
 2 a 3 vezes por mês
 1 vez por mês
 Não sabe ou não quer informar

Quando utilizou o parque/praça/orla marítima próximo de sua residência, durante a pandemia, você realizou: (Leia as opções. Pode marcar mais de uma opção)

- Caminhada
 Corrida
 Alongamento
 Futebol
 Basquete ou Vôlei
 Tênis
 Andar de bicicleta
 Exercícios em equipamentos de ginástica
 Sentado lendo
 Passeando com o cachorro
 Sentado contemplando a paisagem
 Sentado conversando com amigos
 Outro
 Não sabe ou não quer informar

Se outro, descrever:

11. Bloco BOMFAQ

AGORA EU VOU PERGUNTAR SOBRE ALGUMAS ATIVIDADES E TAREFAS DO SEU DIA-A-DIA. POR FAVOR, DIGA SINCERAMENTE SE CONSEGUE FAZER CADA COISA SEM NENHUMA DIFICULDADE, COM POUCA DIFICULDADE, COM MUITA DIFICULDADE OU NÃO CONSEGUE FAZER.

(Se o(a) idoso(a) responder que não faz determinada atividade, por não ter costume, pergunte qual o grau de dificuldade ele teria caso ele precisasse fazê-la)

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Muita dificuldade	Não consegue realizar	Não sabe ou não quer informar
1) Deitar/ levantar da cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Comer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Cuidar da aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Andar no plano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Tomar banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Vestir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Ir ao banheiro, quando sente vontade, em tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Subir um lance de escadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Tomar seus remédios na hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Andar perto de casa (aproximadamente 100m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Fazer compras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Preparar refeições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Cortar as unhas dos pés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Sair de ônibus ou táxi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Fazer a limpeza da casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) Andar 400m	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17) Andar 1km	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>					
18) Somatório AVD Total	_____				
<hr/>					
19) Somatório Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD)	_____ (Somatório apenas das ABVD)				
<hr/>					
20) Somatório das Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD)	_____ (Somatório apenas das AIVD)				

12. Bloco GDS-15

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU HUMOR. RESPONDA APENAS SIM OU NÃO.

- 1) O(a) Sr.(a), de um modo geral, está satisfeito(a) com a sua vida ? Não
 Sim
 Não sebe ou não quer informar
-
- 2) O(a) Sr.(a) tem a sensação de que a sua vida anda meio vazia? Não
 Sim
 Não sebe ou não quer informar
-
- 3) O(a) Sr.(a) tem medo de que alguma coisa ruim vai lhe acontecer ? Não
 Sim
 Não sebe ou não quer informar
-
- 4) Na maior parte do tempo, o(a) Sr.(a) se sente feliz? Não
 Sim
 Não sebe ou não quer informar
-
- 5) Nos últimos tempos o(a) Sr.(a) deixou de fazer muitas atividades, ou coisas que tinha interesse em fazer? Não
 Sim
 Não sebe ou não quer informar
-
- 6) O(a) Sr.(a) se sente impotente ou incapaz diante das coisas? Não
 Sim
 Não sebe ou não quer informar
-
- 7) O(a) Sr.(a) acha que tem mais problemas de memória que a maioria das pessoas? Não
 Sim
 Não sebe ou não quer informar
-
- 8) O(a) Sr.(a) se sente cheio(a) de energia? Não
 Sim
 Não sebe ou não quer informar
-
- 9) O(a) Sr.(a) anda sem esperança em relação às coisas da sua vida? Não
 Sim
 Não sebe ou não quer informar
-
- 10) O(a) Sr.(a) acha a que maioria das pessoas está melhor que o Sr.(a)? Não
 Sim
 Não sebe ou não quer informar
-
- 11) Acontece com frequência de o(a) Sr.(a) sentir que as coisas estão chatas, sem graça? Não
 Sim
 Não sebe ou não quer informar
-
- 12) Na maior parte do tempo o(a) Sr.(a) anda de bom humor? Não
 Sim
 Não sei / Não quero informar

-
- 13) Nos últimos tempos o(a) Sr.(a) prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?
- Não
 Sim
 Não sebe ou não quer informar
-
- 14) O(a) Sr.(a) acha que estar vivo agora é maravilhoso?
- Não
 Sim
 Não sebe ou não quer informar
-
- 15) O(a) Sr.(a) se sente inútil, sem valor?
- Não
 Sim
 Não sebe ou não quer informar

13. Bloco Acesso à Tecnologia

AGORA EU VOU LHE FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE O USO DE INTERNET E E-MAIL

O(a) Sr(a) usa internet ou e-mail?

- Não
- Sim
- Não sabe ou não quer informar

Em média, quantas vezes o(a) Sr(a) usa a internet ou o e-mail?

- Todos os dias, ou quase todos os dias
- Pelo menos uma vez por semana (mas não todos os dias)
- Pelo menos uma vez por mês (mas não todos as semanas)
- Pelo menos uma vez a cada 3 meses
- Menos que a cada 3 meses
- Não sabe ou não quer informar

Em quais dos seguintes tipos de computadores/aparelhos eletrônicos o(a) Sr(a) acessa a internet?

Computador de mesa

- Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Tablet

- Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Celular

- Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

A Internet é útil para ajudá-lo a tomar decisões sobre a sua saúde?

- Sem qualquer utilidade
 É pouco útil
 Não sei
 É útil
 É muito útil

Qual a importância para si em conseguir aceder a recursos de saúde na Internet?

- Sem qualquer importância
 É pouco importante
 Não sei
 É importante
 É muito importante

14. Bloco de identificação

PREZADO(A) ENTREVISTADOR(A), AGORA É O MOMENTO DE VOLTAR PARA A PLANILHA CONFIRMAR TODAS AS INFORMAÇÕES COM O(A) PARTICIPANTE E FINALIZAR A ENTREVISTA.

APÓS FINALIZAR O CONTATO, VOLTE AQUI E PREENCHA OS DADOS ABAIXO COM AS INFORMAÇÕES ATUALIZADAS NA PLANILHA DO EXCEL E ENVIE A ENTREVISTA.

Número de identificação do EpiFloripa Idoso

(Copiar da planilha disponibilizada número "ID")

Nome do(a) idoso(a)

Nome da mãe

Sexo do idoso participante

Masculino
 Feminino

Data de nascimento do(a) idoso(a)

Idade em anos completos do idoso

(Apenas confirme a idade com o(a) participante)

Tipo de logradouro (Avenida, Rua, Servidão, Estrada, SC, BR)

Logradouro (Insira o nome da Rua, Avenida, Servidão Estrada, etc.):

Número do logradouro/domicílio

(Escreva s/n quando sem número)

Complemento (Casa, Apartamento, Condomínio ou Residencial)

No caso de Apartamento, Condomínio ou Residencial, inserir: nome do condomínio, bloco ou torre, número do apartamento.

Bairro

CEP (Código de Endereçamento Postal)

Ponto de referência do domicílio (pode ser um posto de gasolina, restaurante, comércio).

Cidade

Estado

País

Telefone residencial:

(Insira 9999 se não sabe/não quer responder)

Celular:

(Insira 9999 se não sabe ou não quer responder)

O número de celular possui WhatsApp?

- Não
 Sim
 Não sei / Não quero informar

Telefone/Celular de um parente/amigo próximo 1

(Insira 9999 se não sabe ou não quer responder)

Nome do parente/amigo 1

(Insira 9999 se não sabe/não quer responder)

O número de celular possui é WhatsApp 1?

- Não
 Sim
 Não sabe ou não quer informar

Telefone/Celular de um parente/amigo próximo 2

(Insira 9999 se não sabe ou não quer responder)

Nome do parente/amigo 2

(Insira 9999 se não sabe ou não quer responder)