

PESQUISA SOBRE SAÚDE NO TRABALHO

© World Health Organization 2012

All rights reserved. Requests for permission to reproduce or translate —whether for sale or for noncommercial distribution—should be addressed to Professor Ronald Kessler, PhD, Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, (fax: +011 617-432-3588; email: ronkadm@hcp.med.harvard.edu).

Acknowledgements

Translation of this document was performed on behalf of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Advisory Committee by Monica Chiodi Toscano de Campos, RN, PhD and Maria Helena Palucci Marziale, RN, PhD. Product extracted from Doctoral Dissertation presented to Program Fundamental Nursing at Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, WHO Collaborating Centre for Nursing Research Development, Brazil. Collaborators: Jair Licio Ferreira Santos, Biostatistician, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo. Maria Carmen Viana, MD, PhD, Department of Internal Medicine, Federal University of Espírito Santo, Brazil.

A. SUA SAÚDE

Instruções para a pesquisa				
Preencha <u>TOTALMENTE</u> o círculo que corresponde à sua resposta. Use apenas CANETA PRETA ou AZUL ou LÁPIS PRETO.	Correto		Incorreto	
	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Ruim
A1. De um modo geral, como você avaliaria o seu estado de <u>saúde</u> hoje?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A2. De um modo geral, como você avaliaria o seu estado de <u>saúde mental</u> hoje?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A3. Você tem algum dos seguintes problemas de saúde? Se sua resposta for SIM, assinale se você nunca fez, já fez ou faz atualmente algum tratamento profissional para cada problema. (Tratamento profissional é qualquer tratamento supervisionado por um profissional da saúde). Se você não tiver certeza se tem o problema de saúde em questão, assinale a alternativa NÃO.

	NÃO, não tenho este problema	SIM, mas <u>nunca fiz</u> tratamento com profissional da saúde	SIM, <u>já fiz</u> tratamento com profissional da saúde (mas não faço atualmente)	SIM, e <u>faço atualmente</u> tratamento com profissional da saúde
A3a. Artrite?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A3b. Dor crônica nas costas/pescoço?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A3c. Enxaquecas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A3d. Outro tipo de dor de cabeça intensa e frequente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A3e. Qualquer outra dor crônica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A3f. Pressão alta (hipertensão)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A3g. Insuficiência cardíaca congestiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A3h. Doença coronariana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A3i. Colesterol alto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ATENÇÃO!: SE O ENTREVISTADO TIVER TIDO ARTRITE (A3a = "SIM" EM QUALQUER UMA DAS TRÊS RESPOSTAS), VÁ PARA A4. SENÃO, VÁ PARA A7.

A4. Você disse que tem artrite. A maioria das pessoas com artrite tem artrose, que é causada pelo desgaste da cartilagem das articulações até que haja atrito de um osso contra o outro causando dor. Quando o médico diz que você tem "artrite", geralmente ele quer dizer que é artrose. O outro tipo de artrite é a artrite reumatóide. Esta é uma doença autoimune relativamente rara que causa inflamação nas cartilagens que revestem as articulações. A artrite reumatóide normalmente aparece no início da vida adulta. Levando em consideração estas definições, qual das duas você tem: artrose ou artrite reumatóide?

- Artrose
- Artrite reumatóide

A7. Você tem algum dos seguintes problemas de saúde? Se sua resposta for SIM, assinale se você nunca fez, já fez ou faz atualmente algum tratamento profissional para cada problema. (Tratamento profissional é qualquer tratamento supervisionado por um profissional da saúde). Se não tiver certeza se você tem o problema de saúde em questão, assinale a alternativa NÃO.

	NÃO, não tenho este problema	SIM, mas <u>nunca fiz</u> tratamento com profissional da saúde	SIM, <u>já fiz</u> tratamento com profissional da saúde (mas não faço atualmente)	SIM, e <u>faço atualmente</u> tratamento com profissional da saúde
A7a. Úlcera no estômago ou intestino?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7b. Diarreia ou prisão de ventre frequentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7c. Náusea, gases ou indigestão frequentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7d. Azia ou refluxo gastroesofágico crônicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7e. Rinite alérgica ou alergia em determinadas estações do ano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7f. Asma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7g. Bronquite crônica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7g1. Enfisema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7h. Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7h1. Doença obstrutiva crônica das vias aéreas (DOCVA)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7h3. Deficiência de alfa-1-antitripsina? (Condição genética que pode lesionar pulmões causando enfisema, bronquite crônica ou dilatação dos brônquios)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7i. Problemas urinários ou da bexiga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7j. Diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7k. Problemas crônicos de sono?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7l. Fadiga crônica ou falta de vigor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7m. Osteoporose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7n. Esclerose múltipla?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7o. Câncer de pele?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7p. Qualquer outro tipo de câncer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7q. Transtorno de ansiedade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7r. Depressão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7s. Qualquer outro problema emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7t. Problemas com o uso de substâncias químicas (drogas ou álcool)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A8. (Somente para mulheres) Você está grávida atualmente?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sou do sexo masculino

A9. Você fuma cigarros?

- Fumo atualmente
- Sou ex-fumante
- Apenas fumei algumas vezes → **VÁ PARA A10**
- Nunca fumei → **VÁ PARA A10**

A9.1. Alguma vez na vida você fumou cigarros diariamente?

- Sim
- Não → **VÁ PARA A9a SE FOR FUMANTE ATUAL (VEJA A9). VÁ PARA A10 SE FOR EX-FUMANTE**

A9.2. Ao todo, por quantos anos você fumou cigarros diariamente?

_____ ANOS como fumante

A9.3. Em média, quantos cigarros você fumava por dia na época em que fumou com maior frequência?

(RESPONDA EM QUANTIDADE DE CIGARROS E NÃO EM NÚMERO DE MAÇOS. UM MAÇO EQUIVALE A 20 CIGARROS.)

_____ NÚMERO DE CIGARROS POR DIA

A9a. Quantos cigarros você fuma por dia atualmente?

- 10 ou menos
- 11 a 20
- 21 a 30
- 31 ou mais

A9b. Quanto tempo depois de se levantar você fuma o seu primeiro cigarro do dia?

- Nos primeiros 5 minutos
- 6 a 30 minutos
- 31 a 60 minutos
- Após 60 minutos

A9c. Qual cigarro você mais detestaria ter que deixar de fumar?

- O primeiro da manhã
- Qualquer outro do dia

- A9d. Você acha difícil ficar sem fumar em locais em que é proibido, como bibliotecas, cinemas ou consultórios médicos?**
- Sim
 - Não
- A9e. Você fuma mais nas primeiras horas depois de acordar do que no restante do dia?**
- Sim
 - Não
- A9f. Você fuma mesmo quando está passando mal, de cama?**
- Sim
 - Não
- A10. Com que frequência você costuma tomar pelo menos uma dose de bebida alcoólica?** Uma “dose” quer dizer uma taça de vinho, uma lata de cerveja, ou uma dose de destilados, pura ou em um drinque, como caipirinha ou batida.
- Praticamente todos os dias
 - Vários dias por semana
 - 1 a 2 dias por semana
 - 1 a 3 dias por mês
 - Menos de uma vez por mês
 - Nunca → **VÁ PARA A11**
- A10a. Nos dias em que você bebe, aproximadamente quantas doses você costuma tomar por dia?**
- 1 a 2 doses
 - 3 a 4 doses
 - 5 a 10 doses
 - Mais de 10 doses
- A10b. Com que frequência você toma 5 ou mais doses por dia?**
- Praticamente todos os dias
 - Vários dias por semana
 - 1 a 2 dias por semana
 - 1 a 3 dias por mês
 - Menos de uma vez por mês
 - Nunca
- A11. Algumas pessoas passam por períodos que duram vários dias ou mais em que se sentem muito mais animadas e com mais energia do que o habitual. A mente fica acelerada. Elas falam muito. Ficam muito inquietas, não conseguem ficar sentadas e necessitam de pouco sono. Às vezes fazem coisas que não são do seu hábito, como dirigir em maior velocidade ou gastar muito. Alguma vez na vida você passou por períodos como esses, que tenham durado vários dias ou mais?**
- Sim → **VÁ PARA A13**
 - Não

A12. Alguma vez você passou por um período de vários dias ou mais em que, na maior parte do tempo, estava tão irritado(a) ou mal-humorado(a) que chegava a discutir, gritar ou mesmo agredir pessoas?

- Sim
 Não → VÁ PARA A15

A13. As pessoas que têm episódios como esse, costumam ter ao mesmo tempo alterações do pensamento e do comportamento, como, por exemplo, tornam-se mais falantes, dormem pouco, ficam muito inquietas, fazem muitas compras e se comportam de maneiras que normalmente considerariam inapropriadas. Alguma vez você teve alguma dessas alterações durante episódios em que ficou (SE A11 = SIM: animado e com muita energia/ SE A12 = SIM: muito irritado ou mal-humorado)?

- Sim
 Não → VÁ PARA A15

A14. Pense em um episódio em que você teve o maior número de alterações como essas ao mesmo tempo. Durante esse episódio, quais das seguintes alterações você teve?

	Sim	Não
A14a. Ficava tão irritado que chegou a discutir, gritar ou agredir alguém?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A14b. Ficou tão inquieto(a) ou agitado(a) que andava de um lado para outro ou não conseguia ficar parado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A14c. Fêz alguma outra coisa que normalmente não costumava fazer, como falar sobre assuntos íntimos ou agir de maneiras que habitualmente consideraria constrangedoras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A14d. Tentava fazer coisas que eram impossíveis de realizar, como pegar uma quantidade enorme de trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A14e. Mudava constantemente seus planos ou atividades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A14f. Tinha dificuldade para manter a concentração no que estava fazendo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A14g. Os seus pensamentos pulavam de um assunto para outro ou passavam tão rápido pela sua cabeça que você não conseguia acompanhá-los?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A14h. Dormia menos que o habitual e não se sentia cansado nem sonolento(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A14i. Gastava muito mais que o habitual, e isso o(a) deixou em dificuldades financeiras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ATENÇÃO! SE 0-1 DE A14a- A14i = SIM VÁ PARA A15

**ATENÇÃO: SE A11 = SIM, VÁ PARA A14.1.
 SE A12 = SIM, VÁ PARA A14.2**

A14.1. De um ano para cá, ou seja nas últimas 52 semanas, aproximadamente em quantas delas você teve um episódio em que se sentiu muito mais animado(a), com muito mais energia ou mais eufórico(a) do que o habitual e teve algum desses problemas que acabamos de ver nas questões A14? Use um número de 0 a 52 para responder.

semanas (número de 00 a 52)

ATENÇÃO!: VÁ PARA A15

A14.2. De um ano para cá, ou seja, nas últimas 52 semanas, em quantas delas você teve um episódio em que se sentiu muito mais irritado(a) do que o habitual e teve alguns dos problemas que acabamos de ver nas questões A14? Use um número de 0 a 52 para responder.

semanas (número de 00 a 52)

A15. As perguntas seguintes dizem respeito a eventuais problemas de atenção ou concentração

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequente mente	Muito frequente mente
A15a. Com que frequência você deixa um projeto o pela metade depois de já ter feito as partes mais difíceis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A15b. Com que frequência você tem dificuldade para fazer um trabalho que exige organização?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A15c. Com que frequência você tem dificuldade para lembrar de compromissos ou obrigações?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A15d. Quando você precisa fazer algo que exige muita concentração, com que frequência você evita ou adia o início?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A15e. Com que frequência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado(a) por muito tempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A15f. Com que frequência você se sente ativo(a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse “com um motor ligado”?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A16. As perguntas seguintes dizem respeito à frequência com que você se sentiu cansado(a) nos últimos 12 meses. Com que frequência você se sentiu muito cansado(a), fraco(a) ou exausto(a) ao realizar cada uma das seguintes atividades?

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequente mente	Muito Frequentemente
A16a. ...pequenas <u>tarefas físicas</u> cotidianas como trabalhar, fazer compras, realizar afazeres domésticos e caminhar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A16b. ...pequenas <u>tarefas mentais</u> cotidianas como ler, escrever e mexer com papéis e contas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ATENÇÃO!: SE O ENTREVISTADO ASSINALOU “ÀS VEZES”, “FREQUENTEMENTE” OU “SEMPRE” PARA UMA OU AMBAS AS QUESTÕES A16a OU A16b, VÁ PARA A17. SENÃO, VÁ PARA A18.

A17. Nas vezes em que ficou muito cansado(a) ao realizar pequenas tarefas cotidianas, o que acontecia quando você tentava descansar ou relaxar? Você...

- ...recuperava completamente a energia e a disposição? →VÁ PARA A18
- ...ainda se sentia cansado ou fraco?

A17a. Quando esse problema foi mais intenso nos últimos 12 meses, com que frequência você ficava cansado(a)?

- Praticamente todos os dias
- Vários dias por semana
- 1 a 2 dias por semana
- 1 a 3 dias por mês
- Menos de uma vez por mês

A17b. Com que frequência você ficava cansado(a) demais para realizar suas atividades diárias?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

A18. Nos últimos 12 meses, houve pelo menos uma semana em cada mês, em que você sentiu dor ou desconforto no estômago ou na barriga, que melhorava após evacuar?

- Não
- Sim, mas nunca fiz tratamento com profissional da saúde.
- Sim, já fiz tratamento com profissional da saúde (mas não faço no momento)
- Sim, eu faço tratamento com profissional da saúde atualmente

A19. As perguntas seguintes dizem respeito a problemas com o sono. Nos últimos 12 meses, quantas semanas você ...

	0 semana	1-2 semanas	3-4 semanas	5-8 semanas	9-12 semanas	12-26 semanas	27-51 semanas	52 semanas
A19a. ...teve dificuldade para <u>conseguir pegar no sono</u> , levando duas horas ou mais para conseguir dormir quase todas as noites?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A19b. ...teve dificuldade para <u>continuar dormindo</u> , acordando quase todas as noites e levando uma hora ou mais para conseguir dormir de novo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A19c. ...acordava <u>cedo demais</u> , despertando no mínimo duas horas mais cedo do que queria ou precisava quase todos os dias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A19d. ...sentia sono durante o dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A20. Você teve falta de ar, repetidas vezes, ao longo dos últimos 12 meses?

- Sim
 Não → VÁ PARA A23

A21. Nos 12 meses em quantos deles você teve bronquite ou tosse crônica com expectoração de catarro do peito?

_____ MESES (0 a 12)

A22. Durante quantos anos da sua vida você teve bronquite ou tosse crônica com expectoração de catarro que tenha durado três meses ou mais?

_____ ANOS

A23. Nos últimos 12 meses, aproximadamente quantas vezes você teve um acesso de raiva, em que repentinamente perdeu o controle e quebrou ou destruiu alguma coisa?

vezes (número de 000 a 999)

A24. Nos últimos 12 meses, aproximadamente quantas vezes você teve um acesso de raiva, em que repentinamente perdeu o controle e ameaçou, agrediu ou machucou alguém?

vezes (número de 000 a 999)

A25. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você teve acidentes, ferimentos ou intoxicações que necessitaram de cuidados médicos?

acidentes (número de 000 a 999)

ATENÇÃO!: SE NÃO HOUVE NENHUM ACIDENTE/FERIMENTO/INTOXICAÇÃO EM A25, VÁ PARA A26. SENÃO, VÁ PARA A25a

A25a. Nos últimos 12 meses, aproximadamente quantos dias de trabalho você perdeu por causa de algum acidente, ferimento ou intoxicação relacionada ao seu trabalho? (Se menos de 1 dia, anote 000.)

dias (número de 000 a 365)

A25b. Quais dos problemas da lista a seguir resultaram do acidente, ferimento ou intoxicação que você teve mais recentemente? Assinale todas as alternativas aplicáveis.

- Fratura ou luxação de ossos
- Torção, estiramento ou distensão muscular
- Cortes, arranhões ou lesões perfurantes
- Traumatismo craniano, concussão
- Hematoma, contusão ou hemorragia interna
- Queimadura
- Intoxicação por substâncias químicas, remédios ou drogas
- Outros, descreva: _____

A25c. O que causou o acidente, ferimento ou intoxicação que você teve mais recentemente? Descreva, resumidamente, o que você estava fazendo e o que aconteceu. (Por exemplo, caiu jogando futebol e torceu o tornozelo.)

A25d. Em que mês aconteceu o acidente, ferimento ou intoxicação que você teve mais recentemente?

_____ (mês)

A26. Nos últimos 12 meses, quantos acidentes de trabalho você teve que causaram danos ao patrimônio da empresa, atrasos no trabalho ou prejuízo financeiro à sua empresa?

Acidentes (número de 000 a 999)

ATENÇÃO!: SE NÃO HOUVE NENHUM ACIDENTE EM A26, VÁ PARA A27. SENÃO, VÁ PARA A26a

A26a. Qual é a sua estimativa do prejuízo financeiro para a sua empresa, resultante desse(s) seu(s) acidente(s) nos últimos 12 meses?

R\$ _____

A27. Nas últimas 4 semanas (28 dias), quanto você se sentiu incomodado por cada um dos seguintes problemas ?

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
A27a. Tontura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A27b. Cansaço ou falta de energia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A27c. Problemas com o sono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A27d. Dor de cabeça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A27e. Dor nas costas ou no pescoço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A27f. Dor nos braços, pernas ou articulações (joelhos, quadril etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A27g. Dores musculares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A27h. Lacrimejamento, coriza ou sensação de congestão na cabeça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A27i. Tosse ou dor de garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A27j. Febre, calafrios ou outro sintoma de resfriado/gripe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A27k. Prisão de ventre, intestino solto ou diarreia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A27l. Náusea, gases ou indigestão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A28. Nas últimas 4 semanas (28 dias), com que frequência você se sentiu...

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
A28a. ... tão triste que nada conseguia animá-lo(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A28b. ...nervoso(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A28c. ...inquieto(a) ou agitado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A28d. ...sem esperança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A28e. ... como se tudo fosse um esforço?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A28f. ...inútil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A28g. ...incapaz de relaxar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A28h. ...impaciente ou irritado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A29. Quantas vezes você consultou cada um dos seguintes profissionais nos últimos 12 meses? Inclua apenas as consultas relacionadas à sua própria saúde, desconsiderando as vezes em que levou alguém para ser consultado.

Exemplo: Se, no último ano, você consultou um dentista 2 vezes e um profissional da saúde (não médico) uma vez, sua resposta à pergunta **A29c** seria 003.

	Número de vezes (000 a 365)
A29a. Um médico, hospital ou clínica para consultas gerais ou exame ginecológico de rotina (sem incluir atendimento pré-natal).	
A29b. (Apenas para o sexo feminino) Um médico, hospital ou clínica para atendimento pré-natal. (Se for do sexo masculino, anote 000.)	
A29c. Um dentista ou outro profissional da saúde (não médico) para consulta ou exame geral de rotina.	
A29d. Um médico, serviço de pronto atendimento ou clínica para atendimento de urgência (por exemplo, devido a novos sintomas, um acidente ou outra ocorrência imprevista).	
A29e. Um médico, hospital, clínica, ortodontista ou oftalmologista para tratamento ou cirurgia programados.	
A29f. Um psiquiatra, psicólogo ou outro profissional de saúde mental.	

A30. Quantas noites você passou no hospital nos últimos 12 meses (sem incluir pernoites associados a parto)?

pernoites (número de 000 a 365)

A30a. (Somente para mulheres) Quantas noites você passou no hospital nos últimos 12 meses para dar à luz? (Se for do sexo masculino, anote 000.)

pernoites (número de 000 a 365)

A31. Quando você precisa de atendimento médico que tipo de assistência você procura?

- Pública (SUS)
- Privada (*escreva o nome do plano de saúde*)

B. SEU TRABALHO

B1. Assinale a categoria que melhor descreve a sua ocupação principal. Se nenhuma das categorias se encaixa perfeitamente, assinale a categoria que seja mais próxima. (Assinale apenas uma.)

- Executivo, administrador ou gerente sênior
(por exemplo: diretor executivo, vice-presidente de vendas, gerente de instalação industrial)
- Profissional liberal
(por exemplo: engenheiro, contador, analista de sistemas)
- Técnico
(por exemplo: técnico de laboratório, assistente jurídico, programador de computador)
- Vendas
(por exemplo: representante de vendas, corretor de ações, vendedor do comércio varejista)
- Assessoria administrativa e de escritório
(por exemplo: secretária, escriturário, supervisor de escritório)
- Serviços
(por exemplo: segurança, funcionário do serviço de alimentação, zelador)
- Operários do setor de produção de precisão e artífices
(por exemplo: mecânico, carpinteiro, operador de máquinas)
- Operários do setor de produção/químico
(por exemplo: supervisor de turno e funcionário remunerado por hora)
- Trabalhador braçal
(por exemplo: caminhoneiro, operário de construção)
- Trabalhador da Saúde
(por exemplo: médico, enfermeiro, cirurgião dentista, nutricionista, fisioterapeuta)

B2. O seu horário trabalho é melhor descrito como sendo um horário normal (em geral você trabalha as mesmas horas todos os dias), um horário rotativo (por exemplo, você trabalha alternadamente no turno diurno e noturno) ou faz horário irregular (por exemplo, horário imprevisível, determinado pela situação ou pela carga de trabalho)?

- Horário normal → **VÁ PARA B4**
- Horário rotativo
- Horário irregular

B3. Qual é a divisão percentual das suas horas totais de trabalho em uma semana comum em cada um dos seguintes períodos? (A soma deve ser de 100%)

	%
Manhã (6h00 a 12h00)	
Tarde (12h00 a 18h00)	
Noite (18h00 a 0h00)	
Madrugada (0h00 a 6h00)	
Total	100%

ATENÇÃO!: VÁ PARA B6 SE O ENTREVISTADO RESPONDEU B3

B4. A que horas você geralmente começa a trabalhar?

: Exemplo: 07:30h ou 14:00h

B5. A que horas você geralmente termina de trabalhar?

: Exemplo: 07:30h ou 14:00h

B6. Quantas pessoas você supervisiona pessoalmente no seu trabalho?
(Se mais de 97, anote 97.)

pessoas (número de 00 a 97)

B7. Ao todo, aproximadamente, quantas horas você trabalhou nos últimos 7 dias?
(Se mais de 97, anote 97.)

horas (número de 00 a 97)

B8. Quantas horas o seu empregador espera que você trabalhe em uma semana normal de 7 dias?
(Se for variável, estime a média. Se mais de 97, anote 97).

horas (número de 00 a 97)

- B9. Agora pense no seu trabalho nas últimas 4 semanas (28 dias). Na coluna da direita, anote o número de dias que você passou em cada uma das seguintes situações de trabalho.

Nas últimas 4 semanas (28 dias), quantos dias você...

	Número de dias (00 a 28)
B9a. ...faltou um dia <u>inteiro</u> no trabalho por problemas de saúde física ou mental? (Inclua apenas dias perdidos por causa da sua <u>própria</u> saúde, não por causa da saúde de outra pessoa.)	
B9b. ...faltou um dia <u>inteiro</u> no trabalho por qualquer outro motivo (inclusive férias)?	
B9c. ...faltou <u>parte</u> de um dia de trabalho por problemas de saúde física ou mental? (Não inclua dias <u>inteiros</u> de trabalho perdidos. Inclua apenas dias parcialmente perdidos por causa da sua <u>própria</u> saúde, não por causa da saúde de outra pessoa.)	
B9d. ...faltou <u>parte</u> de um dia de trabalho por qualquer outro motivo (inclusive férias)? (Não inclua dias <u>inteiros</u> de trabalho perdidos.)	
B9e. ...chegou mais cedo, saiu mais tarde ou trabalhou no seu dia de folga?	

ATENÇÃO!: SE O ENTREVISTADO NÃO FALTOU UM DIA INTEIRO OU PARTE DO DIA DE TRABALHO (O ENTREVISTADO RESPONDEU "00" PARA TODAS AS PERGUNTAS DA SÉRIE B9), VÁ PARA B10. SENÃO VÁ PARA B9f.

- B9. Pense em todos os dias (anote o número exato, se possível) nas últimas 4 semanas (28 dias) em que você faltou um dia inteiro ou parte de um dia de trabalho. Conte parte do dia como sendo um dia inteiro.

Em quantos destes dias (anote o número exato, se possível) você...

	Número de dias (00 a 28)
B9f. ...não recebeu pagamento?	
B9g. ...recebeu parte do salário normal?	
B9h. ...usou a licença por motivo de doença (recebendo pagamento normal)?	
B9i. ...usou parte das férias (recebendo pagamento normal)?	
B9j. ...recebeu pagamento por auxílio doença de curto prazo ou longo prazo?	
B9k. ...recebeu pagamento como resultado de um acidente de trabalho?	

- B10. Ao todo, aproximadamente quantas horas você trabalhou nas últimas 4 semanas (28 dias)? (Veja exemplos a seguir.)

Número de horas nas últimas 4 semanas (28 dias)

Exemplos para calcular as horas trabalhadas nas últimas 4 semanas

40 horas semanais em 4 semanas = 160 horas

35 horas semanais em 4 semanas = 140 horas

40 horas semanais em 4 semanas com falta em 2 dias por 8 horas em cada dia = 144 horas

40 horas semanais em 4 semanas com falta em 3 dias por 4 horas em cada dia = 148 horas

35 horas semanais em 4 semanas com falta em 2 dias por 8 horas e em 3 dias por 4 horas = 112 horas

B10a. Nas últimas 4 semanas (28 dias), você teve algum sucesso ou realização fora do comum no trabalho?

- Sim
- Não → VÁ PARA B11a

B10b. Se a resposta à pergunta anterior foi SIM, descreva o que aconteceu.

B11a. Nas últimas 4 semanas (28 dias), você teve algum fracasso fora do comum no trabalho?

- Sim
- Não → VÁ PARA B12

B11b. Se a resposta à pergunta anterior foi SIM, descreva o que aconteceu.

B16. Como você compararia o seu desempenho global no trabalho nos dias em que você trabalhou durante as últimas 4 semanas (28 dias) com o desempenho da maioria dos funcionários que tem um trabalho semelhante ao seu? (Assinale apenas uma alternativa).

- Você foi **muito melhor** que os outros funcionários
- Você foi **moderadamente melhor** que os outros funcionários
- Você foi **um pouco melhor** que os outros funcionários

- Você foi **mediano**

- Você foi **um pouco pior** que os outros funcionários
- Você foi **moderadamente pior** que os outros funcionários
- Você foi **muito pior** que os outros funcionários

C. DADOS DEMOGRÁFICOS

C1. Quantos anos você tem?

anos (00 a 99)

C2. Qual é o seu sexo?

- Masculino
- Feminino

C3. Qual é o seu estado civil atual?

- Casado(a) ou vive com parceiro(a)
- Separado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)
- Nunca se casou

C4. Quantos filhos você tem?

- Nenhum
- Um
- Dois
- Três
- Quatro ou mais

C5. Qual é a sua escolaridade?

- Estudou até 8ª. série
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino universitário incompleto ou curso profissionalizante
- Ensino universitário completo
- Pós-graduação

C6. Qual é a sua altura?

Metro (0-1) centímetros (00-99) (arredonde para a casa mais próxima)

C7. Qual é o seu peso?

quilogramas (000 a 999) (arredonde para a casa mais próxima)

C8. Você recebe um salário mensal ou é remunerado por hora? (Receber um “salário” significa que você recebe a mesma quantia todas as semanas ou por mês, independentemente do número de horas trabalhadas. Receber remuneração “por hora” significa que você recebe uma quantia diferente todas as semanas ou por mês dependendo do número de horas trabalhadas.)

- Salário → VÁ PARA C8.1
 Remuneração por hora → VÁ PARA C8.2

C8.1. Qual é o seu rendimento anual bruto? (Para calcular é só multiplicar o seu salário mensal por 13, que seria equivalente a 12 meses mais o 13^o salário.)

Salário mensal R\$ _____ X 13 = R \$ _____

C8.2. Qual é a sua remuneração bruta por hora de trabalho?

R\$ _____

Chegamos ao final da pesquisa. Agradecemos muito a sua participação.