

***ANEXOS***

## ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Data       Entrevista nº \_\_\_\_\_

### I - DADOS SOBRE A BIOLOGIA HUMANA

Iniciais: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Etnia: ( ) branco ( ) não branco ( ) negro ( ) amarelo

#### 1. DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso: \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ CB: \_\_\_\_\_ cm.

Tamanho do manguito: \_\_\_\_\_ cm

Valores da PA  
 1ª medida                      2ª medida                      média  
 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg    \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg    \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg

Posição do cliente: Sentado

#### 2. ANTECEDENTES FAMILIARES

Pai ( ) vivo ( ) falecido. Causa da morte: \_\_\_\_\_

Mãe ( ) viva ( ) falecida. Causa da morte: \_\_\_\_\_

Total de irmãos: \_\_\_\_\_ irmão(s) vivo(s): \_\_\_\_\_

Irmão(s) falecido(s): \_\_\_\_\_ Causa(s) da(s) \_\_\_\_\_

Tem alguém na família com ou que teve uma das doenças indicadas abaixo?

HAS	DM	ANGINA	INFARTO	AVC	MORTE SÚBITA
( ) Sim	( ) Sim	( ) Sim	( ) Sim	( ) Sim	( ) Sim
( ) Não	( ) Não	( ) Não	( ) Não	( ) Não	( ) Não
( ) não sabe	( ) não sabe	( ) não sabe	( ) não sabe	( ) não sabe	( ) não sabe
( ) Pai	( ) Pai	( ) Pai	( ) Pai	( ) Pai	( ) Pai
( ) Mãe	( ) Mãe	( ) Mãe	( ) Mãe	( ) Mãe	( ) Mãe
( ) Irmãos nº	( ) Irmãos nº	( ) Irmãos nº	( ) Irmãos nº	( ) Irmãos nº	( ) Irmãos nº
( ) Outros__	( ) Outros__	( ) Outros__	( ) Outros__	Outros__	( ) Outros__
_____	_____	_____	_____	_____	_____

## II - DADOS DO MEIO AMBIENTE

### 3. FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATIVIDADE PROFISSIONAL:

Escolaridade\_\_\_\_\_

Profissão:\_\_\_\_\_

Ocupação:\_\_\_\_\_

Atividade que desenvolve:\_\_\_\_\_

Há quanto tempo desempenha esta atividade?\_\_\_\_\_ Quantas horas trabalha por dia?\_\_\_\_\_

Tem mais de 1 emprego? ( ) Sim ( ) Não. Quantos?\_\_\_\_\_

Quais?\_\_\_\_\_

Meio de transporte utilizado para ir ao trabalho: ( ) bicicleta ( ) ônibus ( ) carro ( ) outros. Especificar\_\_\_\_\_

Distância até o local de trabalho: \_\_\_\_\_

### 4. RENDA E ESTRUTURA FAMILIAR

Renda Familiar R\$\_\_\_\_\_

Estrutura Familiar

Componentes da família com que vive (Indicar parentesco)	Idade	Exerce atividade remunerada		Contribui para a renda.		
		Sim	Não	Sim	Não	Valor
		( )	( )	( )	( )	
		( )	( )	( )	( )	
		( )	( )	( )	( )	
		( )	( )	( )	( )	
		( )	( )	( )	( )	
		( )	( )	( )	( )	
		( )	( )	( )	( )	
		( )	( )	( )	( )	
		( )	( )	( )	( )	
		( )	( )	( )	( )	
		( )	( )	( )	( )	

Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) viúvo ( ) separado

( ) outros:\_\_\_\_\_

Número de filhos:\_\_\_\_\_(Vivos:       mortos:       )

Local de residência: ( ) zona urbana ( ) zona rural

Condições de moradia: ( ) rede de esgoto ( ) asfalto ( ) Instalações elétricas ( ) água canalizada. ( ) Outro. Especificar:\_\_\_\_\_

Procedência (nome da cidade e Estado):\_\_\_\_\_

Mora na casa ( ) Própria ( ) Alugada ( ) Emprestada ( ) da Empresa

( ) Outra\_\_\_\_\_

## III- DADOS RELACIONADOS AO ESTILO DE VIDA

### 5. ATIVIDADE FÍSICA:

Faz exercício físico? ( ) Sim ( ) Não

Tipo(s) de atividade(s) pratica	Freq. Sem.	Duração diária	Há quanto tempo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**6. TABAGISMO**

**6.1.** É fumante atualmente? ( ) Sim ( ) Não

Fuma que tipo de cigarro? ( ) palha ( ) papel com filtro ( ) charuto

( ) outro. Especificar \_\_\_\_\_

Se cigarro de palha, quantos fuma/dia? \_\_\_\_\_

Se cigarro de papel com filtro, quantos fuma/ dia? \_\_\_\_\_

Se charuto, quantos fuma/dia? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo está fumando \_\_\_\_\_

**6.2.** Se não fuma atualmente, responder as seguintes questões:

Já foi fumante? ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, fumava que tipo de cigarro? ( ) palha ( ) papel com filtro

( ) charuto

Fumou durante quanto tempo? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo parou de fumar? \_\_\_\_\_

Quantidade de cigarros que fumava/dia? \_\_\_\_\_

Qual a razão pela qual deixou de fumar? ( ) doença ( ) econômica

( ) outra(s): \_\_\_\_\_

**7. CONSUMO DE BEBIDA ALCÓOLICA**

**7.1.** Faz uso de bebida alcoólica atualmente? ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, responder as seguintes questões:

Tipo de bebida	Freqüência	Quantidade	Há quanto tempo faz uso
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? Sim Não

As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber? ( ) Sim

( ) Não

Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

( ) Sim ( ) Não

O sr sente culpado pela maneira com que costuma beber? ( ) Sim ( ) Não

**7.2.** Se não bebe, responder as questões seguintes:

Já fez uso de algum tipo de bebida alcoólica? ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, responder as questões seguintes:

Tipo de bebida	Por quanto tempo faz uso	Há quanto tempo parou
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Razões pelas quais deixou de usar bebida alcoólica? ( ) doença  
 ( ) econômica ( ) outra(s) \_\_\_\_\_

**8. ESTRESSE**

Você considera-se uma pessoa estressada ou nervosa? ( ) Sim ( ) Não  
 Considera-se mais estressado em situações que ocorrem em que tipo de ambiente?

( ) Na rua ( ) em casa ( ) no trabalho ( ) outros: \_\_\_\_\_

Você apresenta alterações do sono com frequência? ( ) Sim ( ) Não  
 Caso afirmativo, atribui essas alterações a quais fatores? ( ) mudança de hábito ( ambiente estranho, ausência de família, horário alterado devido o serviço e/ou lazer,...) ( ) doenças

( ) Uso de drogas ( ) uso de bebidas alcoólicas ( ) estado emocional  
 ( ) outros: \_\_\_\_\_

Quantas horas você costuma dormir por dia? \_\_\_\_\_

Você tem o hábito de descansar durante o dia? ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo quanto tempo de descanso? \_\_\_\_\_

**9. DIABETES**

É diabético ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Caso seja diabético responder as questões a seguir:

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Faz uso de medicação para diabetes? ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, qual medicação usa? ( ) Hipoglicemiante oral

( ) insulina ( ) outro: \_\_\_\_\_

Qual a frequência da medicação? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo foi ao médico para avaliar a medicação? \_\_\_\_\_

Se não faz tratamento medicamentoso, faz outro tipo de tratamento?

( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo qual? ( ) dieta ( ) exercícios físicos

**10. COLESTEROL**

Tem colesterol elevado? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Em caso afirmativo, qual o valor do último exame? \_\_\_\_\_

( ) Não sabe referir

Há quanto tempo fez o exame? \_\_\_\_\_

Faz uso de medicamento? ( ) Sim ( ) Não

Qual medicamento utiliza? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo foi ao médico para avaliar o uso da medicação? \_\_\_\_\_

Se não fez tratamento medicamentoso, faz outro tipo de tratamento?

( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_

( ) Dieta ( ) exercícios físicos

## 11. ALIMENTAÇÃO

O sr tem bom apetite? ( ) Sim ( ) Não

Qual o tipo de refeição básica o sr consome diariamente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quantas vezes/dia? \_\_\_\_\_

Quais dos alimentos abaixo fazem parte da sua alimentação:

Alimento	Frequência de consumo				
	Não usa	< 3 vez/sem	> 3 vez/sem	diariamente	raramente
peixe					
Carne de porco					
Carne vermelha					
Frango com pele					
Frango sem pele					
Embutidos					
Enlatados					
Manteiga					
margarina					
verduras					
legumes					
frutas					
Gema de ovo e suas preparações					
frituras					
Chocolate e derivados					
Leite e derivados					

Tipo de leite que consome: ( ) Leite integral ( ) leite desnatado

Faz uso de café? ( ) Não usa ( ) sim. Caso afirmativo quantas xícaras/dia? \_\_\_\_\_

Que tipo de gordura é usada em sua casa para preparar as refeições?

( ) gordura animal (banha de porco) ( ) gordura vegetal (óleo de soja, milho ou girassol) ( ) gordura animal e vegetal

Você tem o hábito de ingerir alimentos preparados com muito sal? ( ) Sim

( ) Não

Tem hábito de levar saleiro à mesa? ( ) sim ( ) não

## 12. HIPERTENSÃO ARTERIAL

É hipertenso? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Faz tratamento para hipertensão arterial? ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo qual tratamento? ( ) Medicamentoso

( ) não medicamentoso

Se medicamentoso qual medicação? \_\_\_\_\_

Qual a dose? \_\_\_\_\_ Qual a frequência? \_\_\_\_\_  
Quem receitou? ( ) Médico ( ) toma por conta própria  
A medicação lhe causa algum efeito colateral? ( ) Sim ( ) Não  
Caso afirmativo qual? \_\_\_\_\_  
Toma a medicação com regularidade? ( ) Sim ( ) Não  
Se não, que motivo? ( ) Indicação médica ( ) econômico ( ) devido aos efeitos colaterais ( ) esquecimento ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Há quanto tempo foi ao médico para avaliar o uso da medicação? \_\_\_\_\_  
Se faz tratamento não medicamentoso, qual o tipo de tratamento que faz? ( ) dieta ( ) Exercícios físicos ( ) outros: \_\_\_\_\_  
Quais das causas abaixo apontadas contribui pelo cliente para ocorrência da HA ou DCV?  
( ) Dieta inadequada  
( ) Falta de exercícios  
( ) Tabagismo  
( ) Ingestão excessiva de sal  
( ) Ingestão excessiva de álcool  
( ) Estresse  
( ) Uso de drogas  
( ) Raça  
( ) Idade  
( ) História familiar  
( ) Diabetes  
( ) Hipercolesterolemia  
( ) Obesidade  
( ) Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

#### IV - DADOS RELACIONADOS AO ATENDIMENTO DE SAÚDE

##### 13. Dados relativos a utilização de serviços de saúde

Utiliza algum tipo de serviço de saúde? ( ) Sim ( ) Não

Que tipo de assistência médica? ( ) Convênio empresa

( ) Particular

( ) UBS

Em que ocasiões:

( ) Periodicamente para prevenir doenças

( ) Periodicamente, quando necessita de tratamento médico

( ) Somente em casos de urgência

( ) Outras. Especificar: \_\_\_\_\_

Faz tratamento para algum tipo de enfermidade? ( ) Sim ( ) Não.

Especificar: \_\_\_\_\_

Faz uso de algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não.

Qual(is)? \_\_\_\_\_

O uso é regular ( ) Sim ( ) Não

Se não, qual o motivo: ( ) indicação médica ( ) efeitos colaterais

( ) fator econômico. ( ) Esquecimento ( ) outros \_\_\_\_\_

## ANEXO II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos fazendo um estudo entre os trabalhadores da indústria que desenvolvem suas atividades junto a uma destilaria, para identificar a exposição a fatores que possam estar contribuindo para o desenvolvimento da doença “pressão alta”. Assim, gostaria que o sr fornecesse algumas informações sobre seus hábitos de vida e cuidados com a saúde, além de permitir a verificação de sua pressão arterial. A medida que o Sr for respondendo eu irei registrando as informações fornecidas. Estas informações serão utilizadas para fins de um estudo e os dados aqui registrados em nenhum momento serão divulgados com identificação do Sr. A participação neste estudo não envolve nenhuma despesa e nem mesmo gratificação.

O sr tem total liberdade para recusar a participação no estudo e também a de retirar o seu consentimento se considerar necessário; bem como o de solicitar outros esclarecimentos sobre o mesmo a qualquer momento.

Eu \_\_\_\_\_  
RG nº \_\_\_\_\_ ciente das informações recebidas concordo em participar do estudo intitulado: Fatores de risco para as doenças cardiovasculares em trabalhadores de uma Destilaria do interior paulista que será realizada pelo aluno de Pós-Graduação em Enfermagem Manuel Simão sob a responsabilidade da Professora Maria Suely Nogueira da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP - USP). Pois estou ciente que em nenhum momento serei exposto a riscos devido a minha participação e que poderei a qualquer momento recusar continuar sem nenhum prejuízo para minha pessoa.

Sei também que os dados da entrevista respondida por mim serão usados somente para fins científicos com a garantia de que não serei identificado.

Fui informado que não terei nenhum tipo de despesa nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação neste estudo, entretanto, serei orientado a procurar serviços médicos específicos caso seja identificado algum fator que possa estar contribuindo para o desenvolvimento da doença “pressão alta” ou dificultado o seu controle.

Pelo exposto, concordo voluntariamente, em participar do referido estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do cliente

Polegar direito do  
Cliente



\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável

Manuel Simão

RNE: V136127-6

Telefone p/ contato:

(016) 602-3516



