



MINISTÉRIO DA SAÚDE

INSTITUTO NACIONAL DE
ESTATÍSTICA

Instrumento STEPS(OMS) para a Vigilância dos Factores de Risco das Doenças Crónicas

Província _____ Distrito _____

Posto Administrativo _____ Localidade _____

UPA/área de numeração ____/____

Ano:2005

Informação do Estudo

		Código da Coluna	No. Cd.
1	Código da Província	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	I 1
2			I 2
3	Código do Local	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	I 3
4	Código do Entrevistador	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	I 4
5	Data da entrevista	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dia mês ano	I 5 (a-c)

Consentimento, Idioma e Nome		Respostas	Código da Coluna	No. Cd.
6	O consentimento foi lido ao participante?	Sim 1 Não 2	<input type="text"/> se não, leia-o	I 6
7	O consentimento foi obtido? (verbal/ escrito)	Sim 1 Não 2	<input type="text"/> se não, PARE	I 7
8	Em que Língua fez a entrevista (especifique)	Português 1 [Outras] 2 _____	<input type="text"/>	I 8
9	Hora da Entrevista (24 horas)		<input type="text"/> : <input type="text"/> hrs min	I 9
10	Apelido			I 10
11	Primeiro Nome			I 11
13				I 13
				I 13

Nota: Faça uma base de dados separada do restante questionário pelo facto de conter informação confidencial(I6 a I13) .

ETAPA 1 Informação Demográfica**CORE: Informação demográfica**

Perguntas	Respostas	Código da Coluna	No.Cd.	Salto	
14	Sexo	Masculino 1 Feminino 2	<input type="checkbox"/>	C 1	
15	Qual é a sua data de nascimento? <i>Se não sabe, ver nota em baixo e vá para pergunta 16</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dia mês ano	<input type="checkbox"/>	C 2 (a-c)	<i>Se não sabe, vá para pergunta 16</i>
16	Quantos anos tem?	anos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	C 3	
17	No total, quantos anos frequentou a escola -estudou (excluindo Infantil)?	anos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	C 4	

EXPANDIDA: Informação Demográfica

18			<input type="checkbox"/>	C 5	
19	Qual o nível de ensino mais elevado que completou ?	Sem Escolaridade 0 1 Não terminou Esc. Prim. (EP1) 0 2 Escola Primária(EP1) 0 3 Escola Primária (EP2) 0 4 Escola Secundária 0 5 Pré-Universitário 0 6 Universitário 0 7	<input type="checkbox"/>	C 6	
20	Desta lista, qual das actividades descreve melhor o seu trabalho nos últimos 12 meses	Funcionário do Estado 0 1 Empresa privada/Pública 0 2 Conta-própria 0 3 Trabalhador não remunerado 0 4 Estudante 0 5 Doméstica 0 6 Reformado 0 7 Desempregado (podetrabalhar) 0 8 Desempregado(não pode trabalhar) 0 9 Camponês 1 0	<input type="checkbox"/>	C 7	
21	Quantas pessoas maiores de 18 anos incluindo você vivem nesta casa?	Número de pessoas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	C 8	
22	No ultimo ano qual foi a média salarial obtida nesta família? <i>(assinale apenas uma opção)</i> (EM CONTOS – Milhares de meticais)	Por semana OU Por mês OU por ano Recusa 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	C 9a C 9b C 9c C 9d	<i>Se recusa vá para pergunta 23</i>
23	Se você não sabe o valor, faça uma estimativa do salário anual da família	500 000,00 ≤ 999.000,00 1 1.000.000,00 ≤ 1599.000.00 2 1.600.000,00 ≤ 2.499.000.00 3 2.500.000,00 ≤ 4.999.000.00 4 Mais que 5.000.000,00 5 Recusa 8	<input type="checkbox"/>	C 10	

Nota:Regra de codificação: Se " não sabe" digite 7 (ou 77 ou 777 como for apropriado, por exemplo na questão C2 digite 77 77 77 77)
Se " não aplicável" digite 8 (ou 88 ou 888 como apropriado)

ETAPA 1 MEDIDAS COMPORTAMENTAIS**NÚCLEO: Uso de Tabaco**

Agora, eu vou fazer-lhe algumas perguntas sobre vários comportamentos relacionados com a sua Saúde. Estes incluem fumar, consumo de bebidas alcólicas, tipo de alimentação e prática de actividade física. Vamos começar pelo tabaco.

PERGUNTAS		Respostas		Codigo da Coluna	No.Cd.	Salto
24	Actualmente fuma qualquer produto com tabaco como cigarro, charuto, tabaco enrolado ou cachimbo?	Sim Não	1 2	<input type="checkbox"/>	T 1	<i>Se não, vai para pergunta 29</i>
25	Se Sim, Actualmente fuma produtos com tabaco diariamente?	Sim Não	1 2	<input type="checkbox"/>	T 2	<i>Se não, vai para pergunta 29</i>
26	Quantos anos tinha quando começou a fumar diariamente ?	Idade(anos) Não lembra	7 7	<input type="checkbox"/>	T 3	<i>Se sabe, vai para pergunta 28</i>
27	Lembra-se há quanto tempo foi? <i>Apenas uma resposta</i> (CÓDIGO 77 PARA NÃO ME LEMBRO)	Em anos Não lembra	7 7	<input type="checkbox"/>	T 4a	
		OU em Meses		<input type="checkbox"/>	T 4b	
		OU em semanas		<input type="checkbox"/>	T 4c	
28	Em media, quantos dos seguintes fuma por dia? (ANOTAR PARA CADA TIPO) Código 88 para não aplicável	Cigarros Manufacturados		<input type="checkbox"/>	T 5a	
		Cigarros enrolados á mão		<input type="checkbox"/>	T 5b	
		Cachimbo cheio de tabaco		<input type="checkbox"/>	T 5c	
		charutos, cigarilha,		<input type="checkbox"/>	T 5d	
		outras		<input type="checkbox"/>	T 5e	
					T 5other	

EXPANDIDO: Uso de Tabaco

PERGUNTAS		Respostas		Codigo da Coluna	No.Cd.	Salto
29	No passado, alguma vez fumou diariamente ?	Sim Não	1 2	<input type="checkbox"/>	T 6	<i>Se não, vai para pergunta 32</i>
30	Se Sim, Qual era a sua idade quando parou de fumar diariamente?	Idade(anos) Não lembra	7 7	<input type="checkbox"/>	T 7	<i>Se sabe, vai para pergunta 32</i>
31	Há quanto tempo parou de fumar diariamente ? (ANOTE APENAS 1)	Anos atrás		<input type="checkbox"/>	T 8a	
		OU Meses atrás		<input type="checkbox"/>	T 8b	
		OU Semanas atrás		<input type="checkbox"/>		
32	Actualmente, usa qualquer produto de tabaco sem fumo como rapé, chuinga com tabaco?	Sim Não	1 2	<input type="checkbox"/>	T 9	<i>Se não, vai para pergunta 35</i>
33	Se Sim Actualmente usa estes produtos diariamente ?	Sim Não	1 2	<input type="checkbox"/>	T 10	<i>Se não, vai para pergunta 35</i>

EXPANDIDO: Use de Tabaco, continuação					
Perguntas		Respostas	Codigo da Coluna	No.Cd.	Salto
34	Em média, quantas vezes por dia usa... (ANOTAR PARA CADA TIPO)	Rapé para mascar ou pôr na boca	_ _ _	T 11a	Se outro, vai para T 7 outro
		Cheirar rapé pelo nariz	_ _ _	T 11b	
		Chuinga com nicotina	_ _ _	T 11c	
		Folha de tabaco para mascar	_ _ _	T 11d	
		Outro	_ _ _	T 11e	
		Outro (especificar)	_ _ _ _ _ _ _ _	T 11 other	
35	No passado, alguma vez usou diariamente tabaco sem fumo como rapé, chuinga com nicotina ou folha de tabaco para mascar	Sim 1 Não 2	_	T 12	

CORE: Consumo de Álcool					
As questões que se seguem são acerca do consumo de álcool					
Perguntas		Respostas	Codigo da Coluna	No.Cd.	Salto
36	Alguma vez consumiu alguma bebida que contenha álcool como, cerveja, vinho, nipa, ou bebidas fermentadas em casa)	Sim 1 Não 2	_	A 01a	Se não, vai para pergunta 44
37	Consumiu alguma bebida com álcool nos últimos 12 meses?	Sim 1 Não 2	_	A 1	Se não, vai para pergunta 44
38	Nos últimos 12 meses, quantas vezes consumiu pelo menos uma bebida com álcool? (LEIA AS RESPOSTAS)	5 ou mais dias por semana 1 1-4 dias por semana 2 1-3 dias por mês 3 menos que 1 vez por mês 4	_	A 2	
39	Quando bebe bebidas com álcool, em média, quantas bebidas consome num dia?	Número Bebe cabaça com outros 33 Não sabe 77	_ _ _	A 3	
40	Durante cada um dos últimos 7 dias, quantas bebidas (medida padrão) de qualquer bebida consumiu por dia? (ANOTE PARA CADA DIA) SE BEBE CABAÇA USE 33 ATENÇÃO – SE FIZER O INQUÉRITO DURANTE O RAMADÃO PERGUNTE POR UMA SEMANA TIPO E NÃO A ULTIMA	Segunda	_ _ _	A 5a	
		Terça	_ _ _	A 5b	
		Quarta	_ _ _	A 5c	
		Quinta	_ _ _	A 5d	
		Sexta	_ _ _	A 5e	
		Sábado	_ _ _	A 5f	
		Domingo	_ _ _	A 5g	

EXPANDIDO : Consumo de Álcool					
Perguntas		Respostas	Codigo da Coluna	No.Cd.	Salto
41	Durante o ano passado e no dia em que bebeu mais, qual foi o numero total de medidas padrão de todas as bebidas que bebeu?	Numero Total	<input type="text"/>	A 6	
42	Para homens apenas: Nos últimos 12 meses, quantos foram os dias em que consumiu 5 ou mais bebidas (medida padrão) num único dia, ou cabaça?	Número de dias	<input type="text"/>	A 7	
43	Para mulheres apenas: Nos últimos 12 meses, quantos foram os dias em que consumiu 4 ou mais bebidas (medida padrão) num único dia ou cabaça?	Número de dias	<input type="text"/>	A 8	

NÚCLEO: Dieta					
As questões seguintes são acerca de frutas e vegetais que normalmente consome. Ao responder estas perguntas por favor pense numa semana típica durante o último ano.					
Perguntas		Respostas	Codigo da Coluna	No.Cd.	Salto
44	Numa semana típica, quantos dias come fruta?	Número de dias	<input type="text"/>	D 1	Se zero, vá para pergunta 46
45	Quantas peças de fruta come num desses dias?	Número de peças	<input type="text"/>	D 2	
46	Numa semana típica, quantos dias come vegetais?	Número de dias	<input type="text"/>	D 3	Se zero, vá para pergunta 48
47	Quantas vezes por dia come vegetais num desses dias?	Número de vezes	<input type="text"/>	D 4	

EXPANDIDO: Dieta					
48	Qual é o tipo de óleo ou gordura que é mais usado na preparação de alimentos em sua casa?	Óleo vegetal 0 1	<input type="text"/>	D 5	Se outro, vá para D3 b
		Banha 0 2			
Manteiga ou ghee 0 3					
Margarina 0 4					
Outro 0 5					
Nenhum em particular 0 6					
Não usa 0 7					
Não sabe 7 7					
	Outro	<input type="text"/>	D 5other		

NÚCLEO: Actividade Física						
<p>A seguir, vou fazer-lhe perguntas acerca do tempo que gasta fazendo diferentes tipos de actividade física numa semana típica. Por favor responda a essas questões mesmo que não se considere uma pessoa activa fisicamente.</p> <p>Pense primeiro no tempo que gasta a trabalhar. Pense em trabalho como aquelas coisas que faz por dever como trabalho remunerado ou não remunerado, estudo, tarefas domésticas, colheita, pesca ou caça, procurar emprego, partir pedra, tirar e transportar água, pillar alimentos.</p>						
Perguntas		Respostas		Código da Coluna	No.Cd.	Salto
Actividade no trabalho						
49	O seu trabalho faz-se fundamentalmente sentado sem ter que andar pelo menos durante 10 minutos seguidos?	Sim 1 Não 2		<input type="checkbox"/>	P 1	Se sim vá para a pergunta 56
50	O seu trabalho envolve actividade vigorosa que causa grande aumento no batimento do coração, como (levantar pesos, cavar ou trabalho de construção) durante pelo menos 10 minutos contínuos?	Sim 1 Não 2		<input type="checkbox"/>	P 2	Se não vá para a pergunta 53
51	Numa semana típica, quantos são os dias em que faz actividade física vigorosa como parte do seu trabalho?	Número de dias		<input type="checkbox"/>	P 3a	
52	Num dia típico em que realiza actividade física vigorosa, quanto tempo gasta fazendo tal actividade?	Horas : minutos		<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> hrs min	P 3b (1-2)	
53	O seu trabalho envolve actividade de intensidade moderada, que causa pequeno aumento no batimento do coração como marcha rápida (ou carregar coisas leves) durante pelo menos 10 minutos contínuos?	Sim 1 Não 2		<input type="checkbox"/>	P 4	Se não, vá para a pergunta 56
54	Numa semana típica, quantos dias faz actividade de intensidade moderada como parte do seu trabalho?	Número de dias		<input type="checkbox"/>	P 5a	
55	Num dia típico quanto tempo gasta fazendo actividade de intensidade moderada no trabalho?	Horas : minutos		<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> hrs min	P 5b (1-2)	
56	Quanto tempo dura o seu dia normal de trabalho?	Horas : minutos		<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> hrs min	P 6	
Deslocamento de lugar para lugar						
<p>As perguntas a seguir excluem actividade física no trabalho que já foram mencionadas. Agora, eu gostaria de perguntar-lhe sobre a maneira como se desloca de lugar para lugar. Por exemplo para o trabalho, para as compras, para o mercado, para o lugar onde reza, enfim, para ir para qualquer lugar.</p>						
57	Anda á pé ou usa a bicicleta (bicicleta de pedais) durante pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um sítio para o outro?	Sim 1 Não 2		<input type="checkbox"/>	P 7	Se não, vá para pergunta 60
58	Numa semana típica, quantos dias caminha ou usa bicicleta durante pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um sítio para outro?	Número de dias		<input type="checkbox"/>	P 8a	
59	Num dia típico, quanto tempo gasta andando a pé ou de bicicleta?	Horas : minutos		<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> hrs min	P 8b (1-2)	
Actividades recreativas						
<p>Agora, gostaria de fazer-lhe perguntas sobre desporto, ginástica e actividades recreativas. Não inclua actividade física realizada durante o trabalho ou se deslocando de um lugar para o outro, porque já foram previamente mencionadas.</p>						
60	Passa os seus tempos de descanso (desporto, recreação, lazer) principalmente sentado ou reclinado sem nenhuma actividade física que dure pelo menos 10 minutos contínuos?	Sim 1 Não 2		<input type="checkbox"/>	P 9	Se sim vá para pergunta 67
61	Faz/realiza algum tipo de desporto, ginástica ou actividade recreativa que aumenta o ritmo cardíaco e respiratório como (correr e futebol) pelo menos 10 minutos contínuos?	Sim 1 Não 2		<input type="checkbox"/>	P 10	Se não, vá para pergunta 64
62	Numa semana típica, quantas dias faz actividade de intensidade vigorosa de desporto, manutenção e actividade recreativa?	Número de dias		<input type="checkbox"/>	P 11a	
63	Num dia típico, quando tempo gasta fazendo actividade de intensidade vigorosa de desporto, manutenção ou actividade recreativa?	Horas : minutos		<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> hrs min	P 11b (1-2)	

Actividades recreativas continuação.					
Perguntas	Respostas	Codigo da Coluna	No.Cd.	Salto	
64	Faz algum tipo de desporto de intensidade moderada,manutenção ou actividade de recreação que causa um pequeno aumento no ritmo cardíaco e respiratório como(marchar,andar de bicicleta,nadar,voleibol) durante pelo menos 10 minutos contínuos?	Sim 1 Não 2	<input type="checkbox"/>	P 12	Se não vá para pergunta 67
65	Numa semana típica, quantos dias faz desporto de actividade moderada,manutenção ou actividade de recreação?	Número de dias	<input type="checkbox"/>	P 12a	
66	Num dia típico, quanto tempo gasta fazendo desporto de actividade moderada, manutenção ou actividade de recreação?	Horas : minutos	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> hrs min	P 12b (1-2)	
COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO					
As perguntas seguintes é sobre estar sentado ou reclinado no trabalho,em casa,ou com amigos incluindo passar tempo(sentado 'a mesa,com amigos, viajando de carro,comboio,lendo,jogando cartas ou vendo televisão, mas não incluindo o tempo passado a dormir.					
67	Num dia típico, quanto tempo normalmente passa sentado ou reclinado?	Horas : minutos	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> hrs min	P 13a (1-2)	

EXPANDIDA: História de Tensão Arterial					
Perguntas	Respostas	Codigo da Coluna	Cd. no.	Salto	
68	Quando foi a ultima vez que a sua tensão arterial foi medida por um profissional de saúde?	Nos últimos 12 meses 1 1-5 anos atrás 2 Há mais de 5 anos 3 Nunca 4	<input type="checkbox"/>	H 1	Se nunca vá para a pergunta 71
69	Durante os últimos 12 meses, algum médico ou profissional de saúde lhe disse que tem tensão arterial alta ou hipertensão?	Sim 1 Não 2	<input type="checkbox"/>	H 2	
70	Está actualmente a receber algum dos seguintes tratamentos para tensão arterial alta prescrita por um medico ou profissional de saúde?				
	Comprimidos para baixar a sua tensão arterial, que tenha tomado nas últimas 2 semanas	Sim 1 Não 2	<input type="checkbox"/>	H 3a	
	Dieta especial prescrita	Sim 1 Não 2	<input type="checkbox"/>	H 3b	
	Conselho ou tratamento para perda de peso	Sim 1 Não 2	<input type="checkbox"/>	H 3c	
	Conselho ou tratamento para parar de fumar	Sim 1 Não 2	<input type="checkbox"/>	H 3d	
	Conselho para iniciar ou fazer mais exercícios	Sim 1 Não 2	<input type="checkbox"/>	H 3e	
71	Durante os últimos 12 meses procurou um médico tradicional para tratar tensão arterial alta ou hipertensão?	Sim 1 Não 2	<input type="checkbox"/>	H 4	
72	Está actualmente a tomar alguma erva ou remédio tradicional para a sua tensão arterial alta?	Sim 1 Não 2	<input type="checkbox"/>	H 5	

EXPANDED: História de Diabetes						
Perguntas		Respostas		Código da Coluna	No.Cd.	Salto
73	Nos últimos 12 meses mediu o nível de açúcar no sangue?	Sim	1		H6	
		Não	2			
74	Durante os últimos 12 meses, alguma vez lhe foi dito pelo seu médico ou outro profissional de saúde que tem diabetes?	Sim	1	<input type="checkbox"/>	H 7	<i>Se não vá para a pergunta 76</i>
		Não	2			
75	Está actualmente a receber algum dos seguintes tratamentos para diabetes prescritos por um medico ou outro profissional de saúde?					
	Insulina	Sim	1	<input type="checkbox"/>	H 8a	
		Não	2			
	Medicamentos orais para diabetes que tenha tomado nas últimas duas semanas	Sim	1	<input type="checkbox"/>	H 8b	
		Não	2			
	Dieta especial prescrita	Sim	1	<input type="checkbox"/>	H 8c	
		Não	2			
	Conselho ou tratamento para perda de peso	Sim	1	<input type="checkbox"/>	H 8d	
		Não	2			
	Conselho ou tratamento para parar de fumar	Sim	1	<input type="checkbox"/>	H 8e	
		Não	2			
	Conselho para iniciar ou fazer mais exercícios	Sim	1	<input type="checkbox"/>	H 8f	
		Não	2			
76	Durante os últimos 12 meses procurou um médico tradicional para tratar diabetes?	Sim	1	<input type="checkbox"/>	H 9	
		Não	2			
77	Está actualmente a tomar alguma erva ou remédio tradicional para diabetes?	Sim	1	<input type="checkbox"/>	H 10	
		Não	2			

ETAPA 2 **Medições Físicas**

NÚCLEO: Altura e Peso		Respostas	Codigo da Coluna	No.Cd.	Salto
78	Identificação do técnico		<input type="checkbox"/>	M 1	
79	Identificação do aparelho para medição da altura e peso	Altura	<input type="checkbox"/>	M 2a	
		Peso	<input type="checkbox"/>	M 2b	
80	Altura	Em centímetros	<input type="checkbox"/>	M 3	
81	Peso <i>Se for grande demais para a balança, codificar 666.6</i>	em Kilogramas	<input type="checkbox"/>	M 4	
82	(Para mulheres) Está grávida?	Sim	1	<input type="checkbox"/>	M 5
		Não	2		
NÚCLEO: Pressão Sanguínea					
83	Identificação do técnico		<input type="checkbox"/>	M 8	
84	Identificação do aparelho para medição da pressão sanguínea		<input type="checkbox"/>	M 9	
85	Tamanho da braçadeira usada	Pequena	1	<input type="checkbox"/>	M 10
		Normal	2		
		Grande	3		
86	1a Leitura	Sistólica	mmHg	<input type="checkbox"/>	M 11a
		Diastólica	mmHg	<input type="checkbox"/>	M 11b
87	2a Leitura	Sistólica	mmHg	<input type="checkbox"/>	M 12a
		Diastólica	mmHg	<input type="checkbox"/>	M 12b
88	3a Leitura	Sistólica	mmHg	<input type="checkbox"/>	M 13a
		Diastólica	mmHg	<input type="checkbox"/>	M 13b
89	Nas últimas 2 semanas, foi tratado para a tensão arterial alta com medicamentos prescritos pelo médico ou outro profissional de Saúde?	Sim	1	<input type="checkbox"/>	M 14
		Não	2		

EXPANDIDA: Circunferência da Cintura e Frequência Cardíaca

90	Circunferência da cintura	Em Centímetros (cms)	<input type="checkbox"/>	M 7	
91	Frequência cardíaca				
	1a Leitura	Batimento por minuto	<input type="checkbox"/>	M 16a	
	2a Leitura	Batimento por minuto	<input type="checkbox"/>	M 16b	
	3a Leitura	Batimento por minuto	<input type="checkbox"/>	M 16c	

Step 3 **Medições Bioquímicas**

NÚCLEO: Açúcar Sanguíneo		Respostas	Codigo da Coluna	No.Cd.	Salto
92	Durante as últimas 12 horas, comeu ou bebeu alguma coisa, que não seja água?	Sim 1 Não 2	<input type="text"/>	B 1	
93	Identificação do técnico		<input type="text"/>	B 2	
94	Identificação do aparelho		<input type="text"/>	B 3	
95	Hora do dia em que foi feita a colheita da amostra de sangue?	Horas : minutos	<input type="text"/> : <input type="text"/> hrs min	B 4 (a-b)	
96	Açúcar sanguíneo (Glicémia)	mmol/l	<input type="text"/> . <input type="text"/>	B 5	
		Baixo 1 Alto 2 Não aplicável 3	<input type="text"/>		

NÚCLEO: Lípidos Sanguíneos					
97	Identificação do técnico		<input type="text"/>		
98	Dispositivo de identificação		<input type="text"/>		
99	Colesterol total	mmol/l	<input type="text"/> . <input type="text"/>	B 7	
		Baixo 1 Alto 2 Não aplicável 3	<input type="text"/>		