**Questionário**

\* Dados demográficos e socioeconômicos:

1 - Iniciais do nome (sem nomeação):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 - Sexo:

( ) Feminino

( ) Masculino

3 - Idade:

( ) 0 à 10 anos ( ) 10 à 19 anos ( ) 20 à 29 anos

( ) 30 à 39 anos ( ) 40 à 49 anos ( ) 50 à 59 anos

( ) 60 anos ou mais

4 - Escolaridade:

( ) Nenhuma ( ) Ensino primário ( ) Ensino Fundamental

( ) Ensino médio ( ) Ensino Superior Incompleto

( ) Ensino Superior completo

5 - Ocupação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6 - Renda Familiar:

( ) Menos que um salário mínimo

( ) Um a dois salários mínimos

( ) Três a quatro salários mínimos

( ) Cinco ou mais salários mínimos

7 - Estado civil:

( ) Casado ( ) Solteiro

( ) Divorciado ( ) Viúvo

\* Dados Relativos à patologia:

8 - Peso:\_\_\_\_\_\_\_\_

9 - Altura:\_\_\_\_\_\_\_

10 - IMC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11 - Glicemia jejum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12 - Tempo de diagnostico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13 - Tempo do tratamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14 - Interrupção do tratamento, nos últimos 12 meses?

( ) Sim Motivo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Não

15 - Presença de outras doenças clinicas associadas?

( ) Sim Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Não

16 - Necessidade de hospitalização nos últimos 06 meses?

( ) Sim Motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Não

17 - Como era o acesso ao serviço básico de saúde antes da implantação do Programa Saúde da Família (PSF)?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

18 - Qual o impacto do PSF na sua saúde atualmente?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

19 - Qual seu nível de satisfação com o PSF?

( ) Muito satisfeito

( ) Satisfeito

( ) Insatisfeito

( ) Muito insatisfeito

20 - Como se deu sua inclusão nos serviços de saúde prestados pelo PSF?

( ) Encaminhado pelo Agente comunitário de saúde

( ) Encaminhado por outro profissional do PSF

( ) Encaminhado pela emergência ou outra unidade de saúde

( ) Por demanda espontânea

21 - Como é o acesso ao medicamento?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

22- Como é a consulta médica e de enfermagem?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

23 - Quanto à orientação feita pelos profissionais de saúde do PSF, marque aquela (s) que você recebeu pelo menos uma vez nos últimos 06 meses:

( ) Dieta

( ) Praticas de atividades físicas regulares

( ) Controle do consumo de tabagismo

( ) Controle Consumo de álcool

( ) Medidas de redução de estresse

( ) Medicação

24 - Quanto às orientações acima (item 23), estas são realizadas por meio de:

( ) Reuniões

( ) Palestras

( ) Grupos operativos

( ) atendimento individual

25 - Historia de diabetes na família?

( ) Sim Parentesco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Não

\* Estilo de vida

26 - Fuma:

( ) Sim Nº de cigarros dia:\_\_\_\_\_

( ) Não

27 - Consome álcool:

( ) Sim Com que frequência:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Não

28 - Pratica atividades físicas regularmente:

( ) Sim Qual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quantas vezes por semana:\_\_\_\_

( ) Não

29 – Sobre sua alimentação, marque a (s) correspondentes.

( ) consome pelo menos uma fruta ao dia

( ) consome saladas cruas pelo menos uma vez ao dia

( ) consome verduras pelo menos uma vez ao dia

( ) usa adoçante

( ) usa açúcar

( ) consome doces e refrigerantes. Frequência:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) consome doces e refrigerantes. Diet Frequência:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) consome pão e arroz branco

( ) consome pão e arroz integral

30 - Como você avalia os serviços prestados pelo PSF?

( ) Muito bom

( ) Bom

( ) Regular

( ) Ruim

31 – Em sua opinião quais os pontos que podem, ou devem, ser melhorados nos serviços prestados pelo PSF?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_