

Sua Saúde

— e —

Seu Bem-Estar

Questionário da Qualidade de Vida de Obesidade e Perda de Peso (OWLQOL)

Este questionário pede seus pontos de vista sobre sua saúde e seu peso.



Muito obrigado por responder a estas perguntas!

Instruções para o preenchimento do questionário de qualidade de vida por participantes no estudo

- 1) Este questionário é uma parte importante da sua avaliação clínica geral. As perguntas são planejadas para colher informações sobre como sua saúde afetou sua qualidade de vida, a partir do seu ponto de vista pessoal.
- 2) Complete o questionário usando uma caneta esferográfica. Pressione firmemente a caneta e escreva claramente para garantir que suas respostas saiam claras e legíveis.
- 3) Por favor, não se apresse ao ler e responda cuidadosamente a cada pergunta. Algumas perguntas podem se parecer com outras, mas cada uma é diferente.
- 4) Por favor, responda a todas as perguntas marcando um ☒ no espaço que melhor descreve sua resposta. Você pode mudar sua resposta fazendo um risco (☒) na seleção que desejar mudar e marcar um ☒ no espaço correspondente à nova escolha.
- 5) Não existem respostas certas ou erradas. Se você não tem certeza de como responder a uma pergunta, por favor, dê a melhor resposta que puder.
- 6) Suas respostas são confidenciais. O coordenador do estudo irá apenas conferir se o questionário está completo e não revelará suas respostas a outros membros da equipe clínica.

Seus Sentimentos Sobre Seu Peso

Abaixo há uma lista de afirmações sobre sua qualidade de vida em relação a estar acima do peso e tentar emagrecer.

Para cada uma das afirmativas seguintes, favor marcar um ☒ no espaço daquela que melhor descreve sua resposta no momento.

	DE FORMA ALGUMA	DIFÍCIL- MENTE	UM POUCO	MODERADA- MENTE	BASTANTE	MUITO	MUI- TÍSSIMO
1. Por causa de meu peso, procuro usar roupas que escondam minhas formas <i>(Por favor marque uma)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
2. Sinto-me frustrado(a) por ter menos energia devido ao meu peso <i>(Por favor marque uma)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
3. Por causa de meu peso, sinto-me culpado(a) quando como <i>(Por favor marque uma)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
4. Sinto-me incomodado(a) com aquilo que outras pessoas dizem a respeito do meu peso <i>(Por favor marque uma)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
5. Por causa de meu peso, evito que me fotografem <i>(Por favor marque uma)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
6. Por causa de meu peso, tenho que prestar atenção especial à higiene pessoal <i>(Por favor marque uma)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
7. Meu peso me impede de fazer aquilo que quero <i>(Por favor marque uma)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
8. Preocupo-me com a sobrecarga física que meu peso coloca em meu corpo <i>(Por favor marque uma)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

(Por favor, vire a página)

(continuação)...

	DE FORMA ALGUMA	DIFÍCIL- MENTE	UM POUCO	MODERADA- MENTE	BASTANTE	MUITO	MUI- TISSIMO
9. Por causa de meu peso, sinto-me frustrado(a) por não poder comer o mesmo que os outros o <i>(Por favor marque uma)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
10. Sinto-me deprimido(a) devido ao meu peso <i>(Por favor marque uma)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
11. Sinto-me feio(a) devido ao meu peso <i>(Por favor marque uma)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
12. Preocupo-me com o futuro devido ao meu peso <i>(Por favor marque uma)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
13. Invejo as pessoas que são magras <i>(Por favor marque uma)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
14. Acho que as pessoas ficam me olhando por causa de meu peso <i>(Por favor marque uma)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
15. Tenho dificuldade em aceitar meu corpo devido a meu peso <i>(Por favor marque uma)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
16. Tenho medo de recuperar o peso que eu perder <i>(Por favor marque uma)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
17. Fico desanimado(a) quando tento perder peso <i>(Por favor marque uma)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Por favor, retorne às questões respondidas para certificar-se de que não esqueceu de nenhum item.

Muito obrigado por responder a estas perguntas!