

A sua Saúde

- e -

Bem-Estar

Questionário Sobre a Qualidade de Vida em Relação à Obesidade e Perda de peso (OWLQOL)

Este questionário pergunta pelos seus pontos de vista acerca da
sua saúde e o seu peso.



Obrigado por completar estas questões!

Copyright © University of Washington, 2004. All rights reserved.
(OWL-QOL-17 (Portuguese) Portugal Version 2.0)

Instruções para completar o questionário de qualidade de vida para os participantes no estudo

- 1) Este questionário é uma parte importante da sua avaliação médica geral. As questões estão estruturadas de forma a recolher informação acerca de como a sua saúde afectou a sua qualidade de vida desde o seu próprio ponto de vista.
- 2) Complete o questionário usando uma esferográfica. Escreva com força e de forma clara para garantir que as suas respostas são claras e legíveis.
- 3) Por favor demore o tempo que desejar a ler e responder a cada questão cuidadosamente. Algumas questões podem parecer semelhantes a outras, mas cada uma é diferente.
- 4) Por favor responda a cada questão marcando um ☐ na caixa que melhor descreve a sua resposta. Pode mudar uma resposta colocando uma linha (☐) ao longo da selecção que deseja mudar e marcando um ☐ na caixa correspondente à nova escolha.
- 5) Não existem respostas certas ou erradas. Se estiver inseguro cerca de como responder a uma questão, por favor dê a melhor resposta que puder.
- 6) As suas respostas são confidenciais. O coordenador do estudo irá apenas verificar se está tudo completo e não partilhará as suas respostas com outro pessoal clínico.

Os Seus Sentimentos Acerca do Seu Peso

Abaixo está uma lista de afirmações acerca da sua qualidade de vida em relação a ter excesso de peso e tentar perder peso.

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor marque um ☒ na única caixa que melhor descreve a sua resposta nesta altura.

| | DE FORMA ALGUMA | QUASE NADA | UM POUCO | MODERA- DAMENTE | BASTANTE | MUITO | IMENSA- MENTE |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Por causa do meu peso, eu tento usar roupas que escondem a minha forma (<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. Eu 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. Devido ao meu peso eu 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. Eu estou chateado(a) com o que as outras pessoas dizem sobre o 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 do meu peso, eu tento evitar que tirem fotografias minhas (<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 do meu peso, eu tenho de prestar muita atenção 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. O meu peso impede-me de fazer o 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. Eu preocupo-me acerca do desgaste físico que o meu peso põe no 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 | QUASE NADA | UM POUCO | MODERA- DAMENTE | BASTANTE | MUITO | IMENSA- MENTE |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 9. Devido ao meu peso, eu sinto-me frustrado(a) por não ser capaz de comer o que os outros comem (<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. Eu 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. Eu 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. Eu estou preocupado(a) com o futuro por causa 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 |
| 13. Eu 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. Eu acho que as pessoas olham fixamente para mim por causa 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 |
| 15. Eu tenho dificuldade em aceitar o meu corpo por causa 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 |
| 16. Eu tenho medo de vir de novo a ganhar o peso que 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. Eu 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 volte às perguntas que acabou de responder para ter a certeza de que não falhou nenhuma resposta

Obrigado por completar estas questões!