



## FICHA DE AVALIAÇÃO

CONTROLANDO A OBESIDADE E O SOBREPESO NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### 1. Dados de Identificação

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Anos de estudo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Filhos: \_\_\_\_\_

Vacinação em dia?: ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_

Renda Familiar: ( ) menos de 2 salário mínimo; ( ) mais de dois salários mínimos;  
( ) entre 2 e 5 salários mínimos; ( ) entre 5 e 15 salários mínimos; ( ) mais de 15  
salários mínimos

Profissionais que acompanham o paciente: \_\_\_\_\_

### 2. Queixa Principal em relação à obesidade:

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

### 3. História patológica atual

Tendência ao ganho de peso desde:

- ( ) Infância
- ( ) Adolescência
- ( ) Gravidez
- ( ) Casamento
- ( ) Recente
- ( ) Outros:

Atribui o ganho de peso a:

- ( ) Não define a causa
- ( ) Erro alimentar
- ( ) Falta de atividade física
- ( ) Uso de medicamentos
- ( ) Genética

( ) Suspensão do tabagismo

( ) Ansiedade

( ) Outros: \_\_\_\_\_

### Tratamentos realizados:

( ) Nunca fez

( ) Dieta

( ) Atividade física

( ) Cirurgias/Procedimentos \_\_\_\_\_

( ) Medicamentos - \_\_\_\_\_

Qual foi o seu menor peso durante a vida\*? \_\_\_\_ Kg

Qual foi o seu maior peso durante a vida\*? \_\_\_\_ Kg

\*não considerar peso durante a fase de crescimento.

### 4. Medicações em uso:

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

### 5. Cirurgias e internações:

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

### 6. Comorbidades:

( ) Diabetes ( ) Hipertensão ( ) Dislipidemia ( ) DAC  
( ) SOP ( ) Hipotireoidismo ( ) Outras \_\_\_\_\_

### 7. Histórico Familiar:

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

### 8. Avaliação Física:

Peso: \_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_ cm IMC: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_

Circunferência Abdominal: \_\_\_\_ cm Circunferência Quadril: \_\_\_\_ cm

## 8. AEV – (Avaliação do Estilo de Vida)

### Análise do Comportamento Alimentar:

- ( ) Com restrições ( ) Sem restrições  
 ( ) Com horários fixos ( ) Sem horários fixos  
 ( ) Espaço muito entre as refeições  
 ( ) Belisca muito

Você comeu ontem:

- Guloseimas (bala, pirulito, chiclete), biscoito recheado, doces: ( ) sim ( ) não  
 - Verduras e legumes: ( ) sim ( ) não  
 - Frutas frescas: ( ) sim ( ) não  
 - Feijão: ( ) sim ( ) não  
 - Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, salsicha, etc): ( ) sim ( ) não  
 - Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha ou em pó, suco de fruta com adição de açúcar, etc): ( ) sim ( ) não  
 - Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados: ( ) sim ( ) não

( ) Ingesta de líquido sem adoçar - (água, suco natural, chás, café...: quantidade \_\_\_\_\_)

#### Local onde faz as refeições:

- ( ) Casa  
 ( ) Restaurante  
 ( ) No trabalho  
 ( ) Variado

#### Modo como faz as refeições:

- ( ) Local tranquilo  
 ( ) Local agitado  
 ( ) Em frente a TV, com celular etc

#### Sente muita fome?

- ( ) Sim  
 ( ) Não

#### Mastigação:

- ( ) mastiga rápido  
 ( ) mastiga devagar  
 ( ) pedaços alimentos nas fezes

#### Período que mais sente fome:

- ( ) Manhã  
 ( ) Tarde  
 ( ) Noite  
 ( ) Madrugada  
 ( ) Variado

#### Quais refeições você faz ao longo do dia:

- ( ) café da manhã  
 ( ) lanche da manhã  
 ( ) almoço  
 ( ) lanche da tarde  
 ( ) jantar  
 ( ) ceia

#### Quando pensa em comida?

- ( ) Somente próximo às refeições ( ) Quase sempre ( ) O tempo todo

#### Come compulsivamente?

- ( ) Sim ( ) Não

Possível Transtorno Alimentar? \_\_\_\_\_

## Análise Comportamento Mental:

### Patient Health Questionnaire – Two itens PHQ-2

Ao longo das últimas 2 (duas) semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas.				
2. Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança.				

\* Ponto de corte maior ou igual a 03; \* Em caso de PHQ 2 positivo, aplicar PHQ 9;

### Patient Health Questionnaire – Two itens PHQ-9

Ao longo das últimas 2 (duas) semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou prazer nas atividades				
2. Sentindo-se pra baixo, deprimido ou sem esperança				
3. Dificuldade pra pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormiu demais				
4. Sentiu-se cansado ou pouca energia				
5. Teve falta de apetite ou comeu demais				
6. Sentiu-se mal consigo mesmo ou se achou um fracasso ou decepção				
7. Dificuldade de se concentrar nas coisas				
8. Lentidão para se movimentar ou falar ou ficou agitado demais, andando de um lado para outro				
9. Pensou em se ferir de alguma maneira ou achou melhor estar morto				

\* O ponto de corte da escala PHQ9 é a pontuação maior ou igual a 10. – Leve: 10 a 14 pontos – Moderado: 15 a 19 pontos – Grave: 20 a 27 pontos.

General Ansiedade Disorders – Two itens GAD-2				
Ao longo das <u>últimas 2 (duas)</u> semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?				
	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentindo-se nervosa, ansioso ou no seu limite.				
2. Não ser capaz de interromper ou controlar as preocupações.				

\* Ponto de corte maior ou igual a 03; \* Em caso de GAD 2 positivo, aplicar GAD 7

General Ansiedade Disorders – Two itens GAD-7				
Ao longo das <u>últimas 2 (duas)</u> semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?				
	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso, ansioso ou no limite				
2. Não ser capaz de parar ou controlar as preocupações				
3. Preocupar-se muito com diversas coisas				
4. Dificuldade para relaxar				
5. Ser tão inquieto que se torna difícil permanecer parado				
6. Ficar facilmente irritado ou irritável				
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer				

\* Ponto de corte maior ou igual a 10; De acordo com GAD7: • Ansiedade leve: 5 a 9 pontos ; • Ansiedade moderada: 10 a 14 pontos; • Ansiedade grave: 15 a 21 pontos.

#### Análise Breve do Sono (Aplicar PSQI):

Horário do Sono: \_\_\_\_\_

Considera: ( ) Reparador ( ) Não reparador

**Apresenta ou possui diagnóstico de algum distúrbio do sono?** ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_

#### Análise do nível de atividade física:

PACE = \_\_\_\_\_

IPAQ = ( ) muito ativo. ( ) ativo ( ) irregularmente ativo. ( ) sedentário

#### 9. Sistemas

Sistema respiratório: \_\_\_\_\_

Sistema gastrointestinal: \_\_\_\_\_

Sistema renal: \_\_\_\_\_

Sistema neurológico: \_\_\_\_\_

Sistema ósteo-mio-articular: \_\_\_\_\_

Sente dores musculares? ( ) Sim ( ) Não Onde? \_\_\_\_\_

Relate a possível causa da dor: \_\_\_\_\_

Já sofreu fraturas? ( ) Sim ( ) Não Onde? \_\_\_\_\_

#### 14 – Análise diagnóstica e encaminhamentos da equipe:

---



---



---



---



---



---



---



---

Avaliador(es): \_\_\_\_\_

---